

SCHOOL DISTRICT OF NEW LONDON - HEALTH SERVICES**FOOD ALLERGY - Action Plan – CONFIDENTIAL**

Student Name _____ Grade _____ Age _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian _____ Work# _____ Cell # _____

Food allergy/allergies: _____**Reaction(s):** _____ Airborne ☐ Ingested ☐ Contact ☐**Asthmatic:** *Yes ☐ (* =High risk for severe reaction) No ☐ **Child MUST sit at allergy free table:** ☐ Yes ☐ No**SYMPTOM(S)****GIVE CHECKED MEDICATION(S)**

If contact with that food, but NO symptoms:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
Mouth: itching, tingling or swelling of lips, tongue, mouth:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
Skin: hives, itchy rash, swelling of the face or extremities:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
Gut: nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
*Throat: Tightening of throat, hoarseness, hacking cough:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
*Lung: Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
*Heart: Fainting, pale, blueness, weak/thready pulse, low blood pressure:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
*other:	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine
If reaction is progressing (several of the above areas affected)	use ☐ Epinephrine ☐ Antihistamine

***Potentially life-threatening. The severity of symptoms can quickly change.**

- ☐ Notify parent by: ☐ Send note home ☐ Call parent by phone
- ☐ Allow to rest for _____ minutes.
- ☐ Call 911 if: _____
- ☐ Other/Comments: _____

****Emergency medication will be sent with school staff on all school sponsored field trips****

- ☐ **YES**, my child needs medication on the **bus to and from school** and **I, as the parent, will** provide their emergency medication, *which will be in their backpack at all times*.
- ☐ **NO**, my child does not require medication on the bus to and from school.

If medication is needed at school, prescription medication must come with the correct prescription label on the bottle or box, over the counter medication must be a new unopened package and must be kept at school for your child to participate in field trips/extracurricular activities.

Medication Name(s): _____ ☐ Epinephrine _____ ☐ Antihistamine

Dosage(s): _____ / _____ Route(s): _____ / _____ Time(s): _____ / _____

Starting Date: _____ Termination Date: **August 30, 2026**Precautions, possible *unfavorable* reactions, and/or interventions: _____**Health Care Provider Name** (please print): _____

Provider's Phone: _____ Provider's Fax # (required): _____

Health Care Provider Signature: _____**(Health Care Provider signature is required annually for all prescription medications)**

Parent Signature _____ Date _____

School Nurse Signature _____ Date _____

Upon completing this form, please hand it in at registration/open house, have the doctor fax it, OR save it and email the form to Jenny Penn, MSN, RN at jpenn@newlondon.k12.wi.us. Thank you.

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON - SERVICIOS DE SALUD

(Spanish Food Allergy) ALERGIA ALIMENTARIA - Plan de acción – **CONFIDENCIAL**

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre/Guardián _____ # de trabajo _____ # de celular _____

Alergia/alergias alimentarias: _____

Reacciones: _____ Aerotransportado ☐ Ingerido ☐ Contacto

☐

Asmático: *Si ☐ (*=Alto riesgo de reacción grave) No ☐ **El niño/a DEBE sentarse en una mesa libre de alergias:** ☐ Si ☐ No

SÍNTOMAS

ADMINISTRAR MEDICAMENTOS MARCADOS

Si entra en contacto con ese alimento pero NO presenta síntomas:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
Boca: picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua y boca:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
Piel: urticaria, picazón, hinchazón de la cara o las extremidades:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
Intestino: náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
*Garganta: Opresión en la garganta, ronquera, tos seca:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
*Pulmón: dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancia:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
*Corazón: desmayo, palidez, coloración azulada, pulso débil o entrecortado, presión arterial baja:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
*Otro:	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico
Si la reacción está progresando (varias de las áreas mencionadas anteriormente están afectadas)	use ☐ Epinefrina ☐ Antihistamínico

***Potencialmente mortal. La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente.**

- ☐ Notificar a los padres por: ☐ Enviar nota a casa ☐ Llamar a los padres o guardianes
- ☐ Dejar reposar por _____ minutos.
- ☐ Llame al 911 si: _____
- ☐ Otros/Comentarios: _____

****El personal escolar enviará medicamentos de emergencia en todas las excursiones patrocinadas por la escuela.****

☐ **SI**, mi hijo/a necesita medicamento en el **autobus hacia y desde la escuela** y yo, como padre, le proporcionare su medicamento de emergencia, *que estara en su mochila en todo momento*.

☐ **NO**, mi hijo/a no necesita tomar medicamentos en el autobus hacia y desde la escuela.

Si se necesitan medicamentos en la escuela, los medicamentos recetados deben venir con la etiqueta de prescripción correcta en el frasco o caja, los medicamentos de venta libre deben ser un paquete nuevo sin abrir y deben conservarse en la escuela para que su hijo/a pueda participar en excursiones/actividades extracurriculares.

Nombre(s) del medicamento: _____ ☐ Epinefrina _____ ☐ Antihistamínico

Dosage(s): _____ / _____ Ruta(s): _____ / _____ Horario(s): _____ / _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: **August 30, 2026**

Precauciones, posibles reacciones *desfavorables* y/o intervenciones: _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica (por favor imprima): _____

Teléfono del Proveedor: _____ Fax del Proveedor # (requerido): _____

Firma del proveedor de atención médica: _____

(Se requiere la firma del proveedor de atención médica anualmente para todos los medicamentos recetados)

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma del enfermero de la escuela _____ Fecha _____

Una vez que haya completado este formulario, imprímalo y entréguelo en el momento de la inscripción o la jornada de puertas abiertas, o guárdelo y envíelo por correo electrónico a Jenny Penn, MSN, RN a jpenn@newlondon.k12.wi.us. Gracias.

QUARTIER SCOLAIRE DE NEW LONDON - SERVICES DE SANTÉ

(French Food Allergy) ALLERGIE ALIMENTAIRE - Plan d'action – **CONFIDENTIEL**

Nom de l'étudiant _____ Grade _____ Âge _____ Date de Naissance _____

Parent/Tuteur _____ # de travail _____ # téléphone portable _____

Food allergy/allergies: _____

Reaction(s): _____ Airborne ☐ Ingested ☐ Contact ☐

Asthmatique: *Oui ☐ (* = Risque élevé de réaction grave) Non ☐ **L'enfant DOIT s'asseoir à une table sans allergène:** ☐ Oui ☐ Non

SYMPTÔMES

ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS MARQUÉS

En cas de contact avec cet aliment, mais AUCUN symptôme:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
Bouche : démangeaisons, picotements ou gonflement des lèvres, de la langue, de la bouche:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
Peau : urticaire, éruption cutanée avec démangeaisons, gonflement du visage ou des extrémités:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
Intestin : nausées, crampes abdominales, vomissements, diarrhée:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
*Gorge : sensation de serrement, enrouement, toux sèche:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
*Poumons : essoufflement, toux répétitive, respiration sifflante:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
*Cœur : évanouissement, pâleur, bleuissement, pouls faible/filant, hypotension artérielle:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
*Autre:	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique
Si la réaction progresse (plusieurs des zones ci-dessus sont affectées)	utiliser ☐ de l'épinéphrine ☐ un antihistaminique

***Potentiellement mortel. La gravité des symptômes peut changer rapidement.**

- ☐ Informer les parents en: ☐ Envoyer un message à la maison ☐ Appeler les parents ou tuteurs
- ☐ Laisser reposer pendant _____ minutes.
- ☐ Appelez le 911 si: _____
- ☐ Autres/Commentaires: _____

****Les médicaments d'urgence seront envoyés avec le personnel de l'école lors de toutes les sorties scolaires parrainées par l'école.****

- ☐ **Oui**, mon enfant a besoin de médicaments **dans le bus pour aller et revenir de l'école et moi, en tant que parent, je lui fournirai ses médicaments d'urgence**, qui seront dans son sac à dos à tout moment
- ☐ **NO**, mon enfant n'a pas besoin de médicaments dans le bus pour aller et revenir de l'école.

Si des médicaments sont nécessaires à l'école, les médicaments sur ordonnance doivent être accompagnés de l'étiquette de prescription appropriée sur le flacon ou la boîte, les médicaments en vente libre doivent être dans un emballage neuf non ouvert et doivent être conservés à l'école pour que votre enfant puisse participer aux sorties scolaires/activités parascolaires.

Medication Name(s): _____ ☐ Epinephrine _____ ☐ Antihistamine

Dose(s): _____ / _____ Itinéraire(s): _____ / _____ Horaires: _____ / _____

Date de début: _____ Date de fin: **30 août 2026**

Précautions, réactions indésirables possibles et/ou interventions: _____

Nom du fournisseur de soins de santé (veuillez imprimer): _____

Téléphone du fournisseur: _____ Télécopie du fournisseur # (requis): _____

Signature du prestataire de soins de santé: _____

(Signature du prestataire de soins de santé requise chaque année pour tous les médicaments sur ordonnance)

Signature des parents _____ Date _____

Signature de l'infirmière scolaire _____ Date _____

Une fois que vous avez rempli ce formulaire, imprimez-le et remettez-le au moment de l'inscription ou de la journée portes ouvertes, ou enregistrez-le et envoyez-le par courrier électronique à Jenny Penn, MSN, RN à jpenn@newlondon.k12.wi.us. Merci.