

To: Parents/Guardians

From: Susan Neeley, Director of Health Services

PARENT/GUARDIAN NOTIFICATION

This is to inform you there is a law, House Bill 496, GS 115C-375.2, adopted in April 2005. This law requires that local school boards adopt a policy permitting students with anaphylaxis to possess and self-administer medication for anaphylactic reactions during the school day. You can find detailed information about this law and the recommended guidelines at the following web addresses:

http://www.aanma.org/pdf/ch_bill_northcarolina.pdf

<http://www.dpi.state.nc.us/>

<http://www.ncga.state.nc.us/gascripts/BillLookUp/BillLookUp.pl?Session=2005&BillID=H496>

Attached you will find the Gaston County Schools Anaphylaxis Care Plan. You can help us keep your child as safe as possible by completing and returning the following to the school nurse at the beginning of the school year or as soon as possible:

- 1) "Physician Order and Treatment Plan" form to be completed by doctor and parent.
- 2) "Parent Responsibilities" form to be reviewed and signed by parent.
- 3) If allergic reaction is to a food, please be sure a current "Diet Order" is on file with school nutrition.
- 4) Obtain a "Medic Alert" bracelet/necklace (through pharmacy or doctor's office) and have your child wear it at all times.

Remember to discuss appropriate care/treatment with after school care provider. Please notify your child's Teacher and the school office of any information changes.

CHILD'S NAME: _____ BIRTHDATE: _____

BUS OR CAR RIDER? _____

ADDRESS: _____

HOME PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

DAY PHONE: _____

EMERGENCY NAME: _____

DAY PHONE: _____

(If parent can't be reached immediately)

DOCTOR'S NAME: _____

PHONE: _____

LIST PAST REACTIONS/SYMPTOMS & TREATMENT NEEDED:

_____ PARENT SIGNATURE:

_____ DATE: _____

If you have questions, I can be reached at 704-866-6264. Thank you for your cooperation as we work together to meet your child's needs. If you have questions or need to speak with the school nurse, please call the school.

Reviewed 8/2018

A : **Padres/Tutores De: Susan Neeley, Director of Health Services**

NOTIFICACIÓN PARA PADRE/TUTOR

Esto es para informarle que hay una ley, House Bill 496, GS 115C-375.2, adoptada en Abril 2005. Esta ley requiere que las juntas escolares locales adopten una política permitiendo a los estudiantes con poseer y auto administrarse la medicación para las reacciones anafilaxia durante el día escolar. Usted puede encontrar información detallada sobre esta ley y las pautas recomendadas en las siguientes direcciones del internet:

- http://www.aanma.org/pdf/ch_bill_northcarolina.pdf
- <http://www.dpi.state.nc.us/>
- <http://www.ncga.state.nc.us/gascripts/BillLookUp/BillLookUp.pl?Session=2005&BillID=H496>

Adjunto usted encontrará el Plan de Cuidados de Anafilaxia de las Escuelas del Condado de Gaston. Usted puede ayudarnos a mantener a su niño(a) lo más seguro posible completando y devolviendo lo siguiente a la enfermera de la escuela al comienzo del año escolar o lo más pronto posible:

- 1) **“Formulario de Orden Médico y Plan de Tratamiento” para ser completado por el doctor y padre.**
- 2) **“Formulario de responsabilidades de Padres” para ser revisado y firmado por el padre.**
- 3) **Si la reacción alérgica es a un alimento, por favor asegúrese que una “Orden de Dieta” actualizada se encuentre archivada en nutrición escolar.**
- 4) **Obtenga una pulsera/collar “Medic Alert” (a través de una farmacia o la oficina del doctor) y haga que su niño(a) la use en todo momento.**

Recuerde hablar sobre el apropiado cuidado/tratamiento con el proveedor de cuidados después de la escuela. Por favor notifique al maestro de su niño(a) y a la oficina escolar de cualquier cambio de información.

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿SE VA EN AUTOBUS O EN CARRO? _____

Bus# _____

DIRECCIÓN: _____ # DE TELÉFONO DEL HOGAR: _____

NOMBRE PADRE/TUTOR: _____ # DE TELÉFONO DE DÍA: _____

NOMBRE DE EMERGENCIA: _____ # DE TELÉFONO DE DÍA _____

(Si los padres no pueden ser contactados inmediatamente.)

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELEFONO: _____

LISTE PREVIAS REACCIONES/SÍNTOMAS & TRATAMIENTO

DADO _____

FIRMA DE PADRES: _____ FECHA: _____

Si tiene preguntas, me puede contactar al 704-866-6264. Gracias por su cooperación mientras trabajamos juntos para satisfacer las necesidades de su niño(a). Si usted tiene preguntas o necesita hablar con la enfermera escolar, por

favor llame a la escuela. Reviewed 8/2018