

**ANEXO VI**

**ALERTA  
ESCOLAR**

**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN  
DE EMERGENCIAS EN UNA ANAFILAXIA GRAVE**

<b>Alumno/a:</b>  <b>Foto</b>	<b>Nombre y Apellidos:</b> <b>CIPA:</b>		
	<b>Fecha de nacimiento:</b> <b>Edad:</b>		<b>Sexo:</b>
	<b>Peso (Kg)</b>	<b>CENTRO ESCOLAR:</b>	<b>CURSO:</b>
	<b>ALERGICO A:</b>		

Asmático/a :  No  SI (Riesgo alto a reacciones graves )

**1<sup>er</sup> PASO: EVALUAR Y TRATAR**

El especialista debe rellenar esta hoja

**VIGILAR**

Afecta a un solo órgano.

**EMERGENCIA**

Afecta a 2 o más órganos.

Ronchas o habones en la cara, enrojecimiento, picor en boca o en labios

Hinchazón de: labios, párpados, manos u otra parte del cuerpo.

Dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarreas.

Picor de ojos o de nariz, estornudos frecuentes, mucosidad abundante, ojos rojos o lagrimeo.

Opresión en garganta, voz ronca o afónica, tos repetitiva.

**ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300**

Respiración dificultosa, voz entrecortada, tos seca repetitiva, ahogo, pitos, piel o labios azulados.

**ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300**

Palidez, pulso débil, pérdida de conocimiento, mareo, sensación de muerte inminente.

**ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300**

➤ **2º PASO: SI SOSPECHA DE ANAFILAXIA, AVISE AL 061 ó AL 112 Y SIGA INSTRUCCIONES**

- 1. NO DEJE NUNCA SOLO AL NIÑO/ADOLESCENTE.
- 2. Llame a Urgencias (Tel.: 061 ó 112) y comunique que se trata de una anafilaxia.
- 3. Llame a los padres o a los tutores legales.
- 4. Aunque no pueda contactar con los padres o con el representante legal, no dude en administrarle la medicación (deber de socorro) siguiendo instrucciones del 061 ó del 112.

Medicación a administrar:

**Inyectar: Adrenalina autoinyectable (Altellus (R)) [ ]**

**Niños que pesan 10-25 kg: Dosis 0.15 mg. o 150 microgramos [ ]**

**Niños que pesan más de 25 kg: Dosis 0.3 mg. o 300 microgramos [ ]**

**Inyectar: Adrenalina autoinyectable ( Jext (R)) [ ]**

**Niños que pesan 10-25 kg: Dosis 0.15 mg. o 150 microgramos [ ]**

**Niños que pesan más de 25 kg: Dosis 0.3 mg. o 300 microgramos [ ]**



1. Coja la pluma autoinyectable de adrenalina con la mano dominante (la que usa para escribir), el dedo gordo debe quedar cerrado al resto, y nunca apoyado en los extremos.



2. Con la otra mano, quite el tapón de seguridad (amarillo o azul según la adrenalina).



3. Coloque el extremo negro o naranja del inyector en la parte externa del muslo y sujételo en ángulo recto.



4. Presione el extremo negro o naranja del inyector enérgicamente hasta que note el clic que confirma que ha empezado la inyección. Manténgalo presionado 10 segundos.



5. Masajee la zona de inyección durante 10 segundos.



6. Llame al 061 ó al 112, diga "anafilaxia", solicite atención médica inmediata.

D/D<sup>a</sup>:

Nº Colegiado:

Fecha:

## AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA

Yo D./Dña: .....(  padre/ madre/  tutor/a legal),  
con DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de  
emergencia adrenalina autoinyectable a mi hijo/a ..... como se  
indica en este documento.

Me **comprometo** a aportar la medicación al Centro Educativo, claramente identificada con el nombre y  
curso del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.

**Libero** de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que  
aparezca alguna complicación.

Después de administrar la medicación deberá llamar al número (teléfono familiar) .....

Atentamente,

En        a        de        de 20

FIRMAS DE REPRESENTANTES LEGALES	FIRMA DE REPRESENTANTE CENTRO
D./Dña..... Padre/Madre/Tutor/a	D./Dña..... .....
D. Dña..... Padre/Madre/Tutor/a	Representante del centro educativo

**ANEXO V**

## INSCRIPCIÓN EN ALERTA ESCOLAR

D/Dª .....con DNI: ..... (  padre/ madre/  tutor/a legal)

D/Dª .....con DNI: ..... (  padre/ madre/  tutor/a legal)

**AUTORIZO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS POR PARTE DEL CENTRO EDUCATIVO CON EL FIN DE INCLUIRLOS EN EL PROGRAMA “ALERTA ESCOLAR”**

En cumplimiento del Reglamento General Europeo (UE) 2016/679 y , de acuerdo con lo dispuesto en el art. 7 de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* van a ser tratados los datos se le informa que sus datos personales, van a ser objeto de tratamiento por parte del Programa Alerta Escolar ha suscrito un convenio/acuerdo con el Centro.....con la finalidad de *coordinar la asistencia sanitaria. No podrán ser cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del tutor o representante legal del menor, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.*

■ El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años (se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento).

■ El tratamiento de los datos de los menores de catorce años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.

Expresamente a que una copia de esta solicitud quede custodiada en el centro escolar y que sea entregada por el personal dependiente del mismo para el cumplimiento de los fines del programa ALERTA ESCOLAR. Asimismo, esta solicitud tiene que ir **acompañada del Informe Médico de Escolarización.**

Por todo lo anterior, el interesado acepta participar en este programa y manifiesta de forma expresa, con la firma del presente documento, haber sido informado del tratamiento que se va a dar a sus datos de carácter personal, así como de aceptar voluntariamente dicho tratamiento.

En....., a .....de .....del .....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

### REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

D/Dª .....con DNI: ..... (  padre/ madre/  tutor legal)

D/Dª .....con DNI: .....(  padre/ madre/  tutor legal)

**REVOCO** la autorización anteriormente para la inclusión en el programa de ALERTA ESCOLAR en la Región de Murcia y para el tratamiento de mis datos de carácter personal.

En....., a ..... de ..... de .....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):