

Plan de emergencia contra alérgenos alimenticios

Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Profesor: _____

Coloque la
foto del
niño aquí.

ALERGIA: _____

Asmático Sí* No *Alto riesgo de sufrir una reacción alérgica grave

◆ PASO 1: TRATAMIENTO ◆

Será determinado por el médico que autorice el tratamiento.

Síntomas:

Administre el medicamento indicado**:

- Si ha ingerido un alérgeno alimenticio pero *no aparecen síntomas*: EpiPen Antihistamínico
- Boca picazón e inflamación en los labios, la lengua o boca EpiPen Antihistamínico
- Piel ronchas, erupción de la piel con picazón y/o hinchazón en la cara o extremidades EpiPen Antihistamínico
- Intestino náusea, retortijón abdominal, vómitos y/o diarrea EpiPen Antihistamínico
- Garganta picazón y/o sensación de tirantez en la garganta, ronquera y tos seca recurrente EpiPen Antihistamínico
- Pulmón falta de respiración, tos repetitiva y/o respiración sibilante EpiPen Antihistamínico
- Corazón pulso filiforme, desmayo, palidez, baja presión, piel azulada
- Otro _____ EpiPen Antihistamínico
- Si la reacción avanza (afectando a varias de las áreas arriba mencionadas), administre EpiPen Antihistamínico

La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. *Estos síntomas pueden progresar y poner en peligro su vida.

DOSIS

Epinefrina: Inyecte el EpiPen o EpiPen Jr. por vía intramuscular (indique uno). (Si desea consultar las instrucciones completas, lea al dorso).

Antihistamínico: administre _____
medicamento, dosis, vía de administración

Otro: administre _____
medicamento, dosis, vía de administración

◆ PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA ◆

1. LLame al 911 o al servicio público de ambulancias (Rescue Squad). Indique que la reacción alérgica ha sido tratada per que puede ser necesaria una dosis adicional de epinefrina.

2. Dr. _____ al _____

3. Contactos de emergencia:

Nombre/Parentesco familiar	Teléfonos	
a. _____	1.) _____	2.) _____
b. _____	1.) _____	2.) _____
c. _____	1.) _____	2.) _____

**NO VACILE EN SUMINISTRAR EL MEDICAMENTO O EN LLAMAR A UNA AMBULANCIA
AUN CUANDO NO PUEDE LOCALIZAR A LOS PADRES O AL DOCTOR**

Firma del padre o la madre / guardián _____

Fecha _____

Firma del doctor _____
(Necesaria)

Fecha _____

MIEMBROS DEL PERSONAL CAPACITADOS

1. _____

Sala _____

2. _____

Sala _____

3. _____

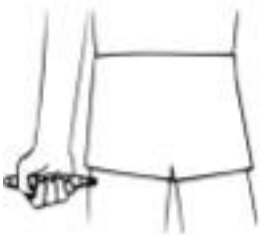
Sala _____

**INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL
AUTOINYECTOR EPIPEN® Y EPIPEN® JR.**

- **Jale la tapa de seguridad gris.**



- **Coloque la punta negra sobre la parte exterior de su muslo (siempre inyecte sobre el muslo)**



- **Presione fuerte hacia adentro, en la parte exterior de su muslo, con un movimiento rápido hasta que funcione el mecanismo autoinyector del EpiPen®. Sostenga el inyector en su lugar sin moverlo y cuente hasta 10. Luego retire el inyector EpiPen® y masajee la zona inyectada por durante 10 segundos.**
- **Después de usar el inyector EpiPen®, llame al servicio público de ambulancias (Rescue Squad). Indique que es posible que se necesite más epinefrina. Lleve el inyector EpiPen usado a la sala de emergencia. Usted deberá permanecer en observación durante por lo menos 4 horas en la sala de emergencia.**

Para los niños que son alérgicos a varios alimentos, utilice un formulario para cada alimento.

***Lista de verificación de medicamentos adaptada del formulario Authorization of Emergency Treatment (Autorización para tratamientos de emergencia) desarrollado por la Mount Sinai School of Medicine (Escuela de medicina de Mount Sinai). Uso autorizado.*

