

Plan de emergencia contra alérgenos alimenticios

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Profesor: _____

ALERGIA: _____

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

Coloque la
foto del
niño aquí.

◆ PASO 1: TRATAMIENTO ◆

Será determinado por el médico que autorice el tratamiento.

Síntomas:

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

Administre el medicamento indicado**:

- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico
- Epinefrina Antihistamínico

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

DOSIS

Epinefrina: Inyecte el EpiPen, EpiPen Jr., o Twinject 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

AVISO IMPORTANTE: En caso anafilaxis, usted no puede confiar en el uso de inhaladores y/o antihistaminas como reemplazos de la epinefrina.

◆ 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 pero 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 _____ Fecha _____

(Necesaria)

MIEMBROS DEL PERSONAL CAPACITADOS

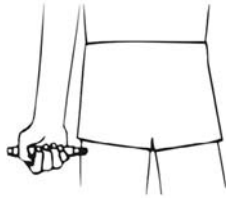
- | | |
|----------|------------|
| 1. _____ | Sala _____ |
| 2. _____ | Sala _____ |
| 3. _____ | Sala _____ |

**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)

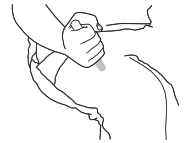


- Presione fuerte hacia adentro, en la parte exterior de su muslo, con un movimiento rápido hasta que funcione el mecanismo autoinyector del EpiPen®. Sostenga el inyector en su lugar sin moverlo y cuente hasta 10. Luego retire el inyector EpiPen® y masajee la zona inyectada por durante 10 segundos.

**Twinject™ 0.3 mg y Twinject™ 0.15 mg
Instrucciones:**



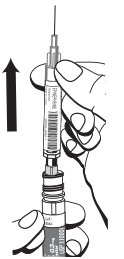
- Tire del extremo de la tapa verde y luego tire del extremo de la tapa roja.
- Coloque la tapa gris sobre la superficie del muslo y presione firmemente hacia abajo hasta que la aguja penetre la piel. Manteniendo esta posición por 10 segundos y luego retírela.



ADMINISTRACION DE LA SEGUNDA DOSIS:

Si los síntomas no mejoran después de 10 minutos, administre la segunda dosis:

- Desenrosque la tapa gris y hale la jeringa desde su recipiente, sosteniéndolo por la banda azul a nivel de la base de la aguja.
- Remueva la banda amarilla o anaranjada del émbolo.
- Inserte la aguja dentro del muslo, a través de la piel, presionando el émbolo completamente hacia abajo y luego retírela.



Después de usar el inyector EpiPen® o el Twinject™, llame al servicio público de ambulancias (Rescue Squad). Lleve la unidad usada 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.*

