

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA PARA
ALERGIA ALIMENTARIA Y AUTORIZACIÓN DE
TRATAMIENTO EN ILLINOIS

Fotografía
del niño

NOMBRE: _____ D.O.B: ____/____/____

MAESTRO: _____ GRADO: _____

ALÉRGICO A: _____

Asma: ☐ Sí (Alto riesgo de una reacción severa) ☐ No

Peso: _____ libras

CUALQUIER SÍNTOMA SEVERO DESPUÉS DE
SOSPECHAR INGESTIÓN:

PULMÓN: Dificultad para respirar, sibilancias, tos repetitiva

CORAZÓN: Pálido, azulado, pulso débil, mareado, confuso

GARGANTA: Apretada, ronca, dificultad para respirar / tragar

BOCA: Inflamación obstructiva (lengua)

PIEL: Muchas ronchas en el cuerpo

O combinación de síntomas de diferentes áreas del cuerpo:

PIEL: Urticaria, sarpullido, inflamación

ABDÓMEN: Vómitos, dolor de calambres

INYECTAR EPINEFRINA
INMEDIATAMENTE

- Llamar al 911
- Empezar monitoreo (ver abajo)
- Medicamentos adicionales:
- Antihistamínico
- Inhalador (broncodilatador) en caso de asma

No se debe depender de inhaladores/broncodilatadores y antihistamínicos para tratar una reacción severa (anafilaxia) : Use epinefrina.

** En caso de duda, use epinefrina. Los síntomas pueden volverse más severos rápidamente.**

SOLO SÍNTOMAS LEVES

Boca: Comezón en la boca

Piel: Algunas ronchas alrededor de boca/cara, comezón leve

Estómago: Náusea/malestar leves

DAR ANTIHISTAMÍNICO

- Quédese con el niño, alertar a profesionales de salud y a padres.

SI PROGRESAN LOS SÍNTOMAS(ver arriba), INYECTAR EPINEFRINA

☐ Si está marcado, administre epinefrina para CUALQUIER síntoma si es probable que haya ingerido el alérgeno.

☐ Si está marcado, administre epinefrina antes de los síntomas si definitivamente se ingirió el alérgeno.

MEDICAMENTOS/ DOSIS

EPINEFRINA (MARCA Y DOSIS): _____

ANTIISTAMÍNICO (MARCA Y DOSIS): _____

Otro (ej. inhalador-broncodilatador en caso de asma): _____

MONITOREO: Quédese con el niño. Dígame al equipo de rescate que le dieron epinefrina. Se puede administrar una 2da dosis de epinefrina unos minutos o más después de la 1ra si los síntomas persisten o reaparecen. Para una reacción severa, considere mantener al niño acostado boca arriba con las piernas levantadas. Trate al niño incluso si no se puede contactar a los padres.

☐ El estudiante puede llevar epinefrina ☐ El estudiante puede auto-administrarse epinefrina

CONTACTOS: Llamar al 911 Equipo de rescate: (____) _____

Padre/ tutor: _____ Tel: (____) _____

Nombre/ parentesco: _____ Tel: (____) _____

Nombre/ parentesco: _____ Tel: (____) _____

Firma del proveedor de atención médica con licencia: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____
(Requerido)

Por la presente autorizo a miembros del personal del distrito escolar a tomar cualquier medida que, a su juicio, sea necesaria para brindar servicios médicos de emergencia de acuerdo con este plan, incluyendo la administración de medicamentos a mi hijo. Entiendo que la Ley de Inmunidad por agravio de empleados gubernamentales y del gobierno local protege a los miembros del personal de la responsabilidad que surja de acciones consistentes con este plan. También autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a divulgar la información de salud protegida de mi hijo a chaperones y otros voluntarios que no sean empleados en la escuela o en eventos escolares y excursiones en la medida necesaria para la protección, prevención de una reacción alérgica o tratamiento de emergencia para mi hijo y para la implementación de este plan.

Firma del padre/ tutor: _____ Fecha: _____

DOCUMENTACIÓN

- Reúna información precisa sobre la reacción, incluyendo quién ayudó en la intervención médica y quién presenció el evento.
- Guarde los alimentos consumidos antes de la reacción, colóquelos en una bolsa de plástico con cierre (ej. una bolsa 'Ziploc') y congélelos para su análisis.
- Si la comida fue proporcionada por la cafetería de la escuela, revise las etiquetas de los alimentos con el jefe de cocina.
- Seguimiento:
 - Revise con el estudiante y los padres los hechos sobre la reacción y proporcione los hechos a quienes presenciaron la reacción o a quienes están involucrados con el estudiante, según sea necesario. Las explicaciones serán apropiadas de acuerdo con la edad.
 - Modifique el Plan de acción de emergencia (EAP), el Plan de atención médica individual (IHCP) y/o el Plan 504 según sea necesario.
 - Especifique cualquier cambio para evitar otra reacción.

MIEMBROS DEL PERSONAL CON ENTRENAMIENTO

Nombre: _____

Salón: _____

Nombre: _____

Salón: _____

Nombre: _____

Salón: _____

UBICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

☐

Los llevará el estudiante

☐

Enfermería / Área designada para medicamentos

☐

Otro: _____

RECURSOS ADICIONALES

Academia Estadounidense de Alergia, Asma e Inmunología /American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI)
414.272.6071

<http://www.aaaai.org>

http://www.aaaai.org/patients/resources/fact_sheets/food_allergy.pdf

http://www.aaaai.org/members/allied_health/tool_kit/ppt/

Children's Memorial Hospital

800.543.7362 (800.KIDS DOC®)

<http://www.childrensmemorial.org>

Iniciativa de alergia alimentaria/ Food Allergy Initiative (FAI)

212.207.1974

<http://www.faiusa.org>

Red de Alergia Alimentaria y Anafilaxia / Food Allergy and Anaphylaxis Network (FAAN)

800.929.4040

<http://www.foodallergy.org>

Este documento se basa en aportes de profesionales médicos, incluyendo médicos, APN, RN y enfermeras escolares certificadas. Está destinado a ser útil para cualquier persona con cualquier nivel de capacitación en el manejo de una reacción alérgica a los alimentos.