

**Plan de Emergencia Para Alergias y Anafilaxia: Adoptado de la Academia Estadounidense de Pediatría**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg

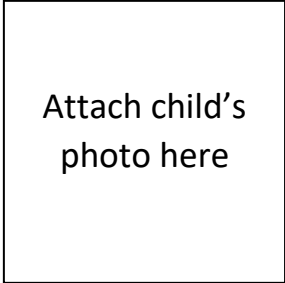
El niño es alérgico a: \_\_\_\_\_

El niño tiene asma  Yes  No (En caso afirmativo, mayor probabilidad de reacción grave)

El niño ha tenido anafilaxia  Yes  No

El niño puede llevar medicina  Yes  No

El niño puede darse medicina  Yes  No



**RECORDATORIO IMPORTANTE:**

La anafilaxia es una reacción alérgica grave potencialmente mortal. En caso de duda, administre epinefrina.

<p><b>Para alergia severa y anafilaxia</b> <b>Síntomas que se presentan</b></p> <p align="right"></p> <p>Si el niño tiene CUALQUIERA de estos síntomas graves después de comer el alimento o de tener una picadura, administre epinefrina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para respirar, sibilancias o tos</li> <li>• El color de la piel es pálido o tiene un color azulado.</li> <li>• Pulso débil</li> <li>• Desmayos o mareos</li> <li>• Garganta apretada o ronca</li> <li>• Problemas para respirar o tragar</li> <li>• Hinchazón de labios o lengua que molestan al respirar</li> <li>• Vómitos o diarrea (si es grave o se combina con otros síntomas)</li> <li>• Mucha urticaria o enrojecimiento sobre el cuerpo</li> <li>• Sensación de “fatalidad”, confusión, alteración de la conciencia o agitación</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p><input type="checkbox"/> <b>SITUACIÓN ESPECIAL:</b> si esta casilla está marcada, el niño tuvo una alergia extremadamente grave a una picadura de insecto o a los siguientes alimentos:</p> <p>_____</p> <p>Incluso si el niño tiene síntomas LEVE después de una picadura o de comer estos alimentos, administre epinefrina.</p> </div>	<p><b>¡Administra epinefrina!</b> <b>Procedimientos que se deben seguir</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¡Inyecte epinefrina de inmediato! Tenga en cuenta la hora en que se administró la epinefrina.</li> <li>2. Llama al 911.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Informar reacción anafiláctica</li> <li>b. Dile al equipo de rescate cuándo se administró epinefrina.</li> </ol> </li> <li>3. Quédese con el niño y:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. llamar a los padres</li> <li>b. Administre una segunda dosis de epinefrina, si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 5 minutos</li> </ol> </li> <li>4. Mantenga al niño acostado boca arriba. Si el niño vomita o tiene dificultad para respirar, manténgalo acostado de lado.</li> <li>5. Administre otros medicamentos, si se los recetaron. No use otro medicamento en lugar de la epinefrina.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Antihistamínico</li> <li>b. inhalador/broncodilatador</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>Para una reacción alérgica leve</b> <b>Síntomas que se presentan</b></p> <p align="right"></p> <p>Si el niño tiene síntomas leves, vigile al niño. Los síntomas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Picazón en la nariz, estornudos, picazón en la boca</li> <li>• algunas ronchas</li> <li>• Náuseas o molestias estomacales leves</li> </ul>	<p><b>Monitorear el niño</b> <b>Procedimientos que se deben seguir</b></p> <p>Quédese con el niño y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigile al niño de cerca</li> <li>• Dar antihistamínico (si se prescribe)</li> <li>• llamar a los padres</li> <li>• Si se desarrollan síntomas de alergia severa/anafilaxia, use epinefrina. (Consulte “Para alergia severa s y anafilaxia”).</li> </ul>

**Medicina/Dosis**Epinefrina, intramuscular (liste el tipo): \_\_\_\_\_ Dosis:  0.15 mg  0.30 mg (peso más de 25 kg)

Antihistamínico, por vía oral (tipo y dosis) \_\_\_\_\_

Otro (por ejemplo, inhalador/broncodilatador si el niño tiene asma)

**Acuerdo del estudiante/padre/tutor** (marque las casillas para indicar el acuerdo): Me gustaría que mis compañeros de clase y/o sus padres estuvieran al tanto de mi alergia alimentaria.

Anote cualquier programa antes/después de la escuela/actividades extracurriculares en las que participa su hijo:

Me gustaría que mi hijo se siente en una zona libre de maní/nueces/alérgenos en la cafetería: ¿Cómo llega su hijo a casa?

 Recogido por sus padres/guardería  Camina  # de camión: \_\_\_\_\_:  Yes  No**Capaz de llevar su propia medicina** He recibido capacitación en el uso de mi EpiPen (u otro autoinyector de epinefrina) y me recetaron medicamentos para la alergia y entiendo los signos y síntomas para los cuales deben administrarse. Sé que es mi responsabilidad mantener mis medicamentos conmigo para que estén fácilmente accesibles en caso de una emergencia durante el horario escolar, actividades extracurriculares y excursiones. Notificaré a un adulto responsable (maestro, enfermera, entrenador, etc.) INMEDIATAMENTE cuando se use el EpiPen. No compartiré mi medicamento, no dejaré mi EpiPen desatendido ni usaré mis medicamentos para ningún otro uso que no sea el indicado. Informaré a la enfermera de la escuela ya mis padres si mi medicamento se pierde, es robado o se ha vencido.

Se recomienda que la escuela o la enfermera de la escuela guarden medicamentos de respaldo en caso de que un estudiante olvide o pierda su EpiPen. El distrito escolar no es responsable si no se proporciona un medicamento de respaldo a la escuela/enfermera escolar y el estudiante no tiene el medicamento que funciona cuando se necesita el medicamento

***Su firma da permiso para que la enfermera implemente este plan de acción y se comuniquen y reciba información adicional de su proveedor de atención médica con respecto a la(s) condición(es) alérgica(s) y el medicamento recetado. El Plan de acción contra la anafilaxia se compartirá con el personal de la escuela que tenga un interés educativo legítimo.***

Firma de padre/guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma del alumno (si es autoadministrado): \_\_\_\_\_

¿Medicamentos de respaldo almacenados en la escuela?  Yes  No

Firma del director/enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_