

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 ◆

Síntomas:

Administre el medicamento indicado**:

** (Será determinado por el médico que autorice el tratamiento)

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:

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

Epinefrina Antihistamínico

DOSIS

Epinefrina: inyecte el EpiPen®, EpiPen® Jr., Twinject® 0.3 mg, o Twinject® 0.15 mg 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 anafilaxia, 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

Teléfono(s)

a. _____ 1.) _____ 2.) _____

b. _____ 1.) _____ 2.) _____