

PLAN DE ACCIÓN PARA REACCIÓN ALÉRGICA

Allergy Action Plan

Nombre del Alumno: _____ FDN: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Place Student
Photo Here

ALÉRGICO A ESTOS ALÉRGENOS:

- Tiene Asma (incrementa el riesgo de reacción severa)
- Sospecha o previa alergia severa—**Inmediatamente dar epinefrina y llamar al 911 – Inicie con los Pasos 2 y 3**
- Alergia leve – Comezón, sarpullido, urticaria – **Administrar antihistamínico, llame a la enfermera de la escuela y al padre Inicie con el Paso 1**

► **PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS** * ◀ * Solicite asistencia de un adulto inmediatamente

Síntomas:

- Si fue expuesto a alérgeno, o ingirió alérgeno, pero **no hay síntomas**.
- **Boca** – Comezón, hormigueo, o inflamación de los labios, lengua, boca.
- **Piel** – Urticaria, sarpullido que pica, inflamación de la cara o extremidades. . .
- **Intestino** – Nausea, cólico estomacal, vómito, diarrea.
- **Garganta** – Opresión en la garganta, voz ronca, tos seca.
- **Pulmones**** – Dificultad para respirar, tos continua, sibilancia.
- **Corazón**** – Desmallo, palidez, tono azulado alrededor de la boca o blanco de las uñas, pulso débil, presión arterial baja.
- **Otro**** – _____
- Si la reacción esta progresando (varias de las áreas afectadas) administrar

Tipo de medicamento a dar:

(Determinado por el médico que autoriza tratamiento)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |

** Puede poner en peligro a la vida. – Nota: La severidad de los síntomas puede cambiar rápidamente.

► **PASO 2: DAR MEDICAMENTOS** ◀

(Twinject™ NO SE Recomienda su uso en la Escuela)

Epinefrina: inyectar intramuscular (marque uno) EpiPen® EpiPen Jr® Twinject™ 0.3 mg Twinject™ 0.15 mg

• **¡Si se administra Epinefrina, se deberá llamar a los paramédicos! PROCEDA AL PASO 3, ABAJO INDICADO.**

Antihistamínico/otro: dar _____ (Nombre y cantidad de medicamento) por _____ (ruta/método)

- **Notifique** a los padres y a la enfermera de la escuela • **Observe** el posible incremento en la severidad de los síntomas • **Llame al 911** según lo requiera

IMPORTANTE: NO dependa de los inhaladores para el asma y/o en los antihistamínicos para reemplazar la epinefrina al ocurrir una reacción severa.

Instrucciones para uso de EpiPen:

- a. Hale y remueva la tapa de seguridad GRIS
- b. Coloque la PUNTA NEGRA sobre la parte EXTERIOR-SUPERIOR DEL MUSLO
- c. Con movimiento rápido presione fuerte hacia adentro hasta que escuche o sienta el clic
- d. Sostenga el inyector en su lugar sin moverlo por **10 SEGUNDOS**, retire el inyector, masajee la zona
- e. Deseche el inyector en los contenedores rojos o dé a los paramédicos



- El EpiPen puede inyectarse a través de la ropa
- El individuo puede sentir fuertes latidos o palpitaciones de corazón
- Esta es una reacción normal al medicamento

► **PASO 3: LLAMADAS DE EMERGENCIA** ◀

1. **LLAME AL 911** – Solicite el cuidado de emergencia. Declare que una reacción alérgica ha sido tratada, y puede necesitarse epinefrina adicional.
2. Llame a la enfermera de la escuela
3. Llame a los Padres o a los Contactos de Emergencia

El padre llena la siguiente información con Contactos para los Padres y de Emergencia:

Parents/Emergency Contact Names:	Relationship:	Phone Number(s):
a. _____	1.) _____	2.) () ()
b. _____	1.) _____	2.) () ()

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____
(Es requerida)

El médico completa el formulario hasta el paso 2
Nombre del Médico (Impreso) _____ # de Teléfono: () _____
Firma del Médico _____ Fecha: _____
(Es requerida)