

**COLOCAR FOTO AQUÍ**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergia a: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Ib Asma:  Sí (mayor riesgo de una reacción grave)  No

**NOTA: No use antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.**

**Extremadamente reactivo a los siguientes** \_\_\_\_\_

POR LO TANTO:

- Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si es PROBABLE que haya habido contacto con el alérgeno, ante la presencia de CUALQUIER síntoma.
- Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si hubo INDUDABLEMENTE contacto con el alérgeno, incluso si no hay síntomas aparentes.

PARA CUALQUIERA LOS SIGUIENTES:  
**SÍNTOMAS GRAVES**



**PULMONES**

Falta de aire, sibilancias, tos recurrente



**CORAZÓN**

Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos



**GARGANTA**

Garganta tensa o ronca, problemas para respirar o tragar



**BOCA**

Hinchazón significativa de la lengua o los labios



**PIEL**

Urticaria extendida en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado



**INTESTINO**

Vómitos recurrentes, diarrea grave



**OTROS**

Sensación de que algo malo está a punto de suceder, ansiedad, confusión

**O UNA COMBINACIÓN**

de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.



1. **ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
2. **Llame al 911.** Informe al operador de emergencias que la persona está sufriendo una reacción anafiláctica y podría necesitar epinefrina cuando llegue el servicio de emergencias.
  - Considere la administración de medicamentos adicionales después de la epinefrina:
    - » Antihistamínico.
    - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancias.
  - Acueste a la persona en posición horizontal, levántele las piernas y manténgala abrigada. Si respira con dificultad o comienza a vomitar, permítale sentarse o recostarse de lado.
  - Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, se pueden administrar más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
  - Avise a los contactos de emergencia.
  - Traslade al paciente a la sala de emergencias, incluso si se resuelven los síntomas. El paciente debe permanecer en la sala de emergencias al menos 4 horas, ya que los síntomas podrían volver a aparecer.

## SÍNTOMAS LEVES



**NARIZ**

Picazón o goteo nasal, estornudos



**BOCA**

Picazón en la boca



**PIEL**

Un poco de urticaria, picazón leve



**INTESTINO**

Náuseas leves o molestias

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN UNA SOLA ÁREA DEL CUERPO, SIGA ESTAS INDICACIONES:

1. Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
2. Quédense con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. Observe de cerca los cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

## MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca o versión genérica de la epinefrina: \_\_\_\_\_

Dosis de epinefrina:  0.1 mg IM (intramuscular)  0.15 mg IM  
 0.3 mg IM  1 mg IN (intranasal)  2 mg IN

Marca o versión genérica del antihistamínico: \_\_\_\_\_

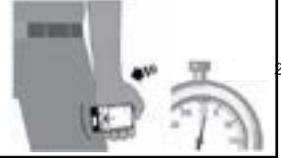
Dosis de antihistamínico: \_\_\_\_\_

Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador si hay sibilancias): \_\_\_\_\_

- El paciente puede llevar consigo el medicamento
- El paciente puede autoadministrarse el medicamento

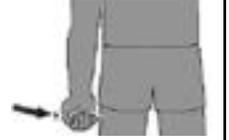
## CÓMO USAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire el Auvi-Q de la funda exterior. Quite la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta escuchar un clic y un sonido de silbido, y manténgalo en el lugar durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



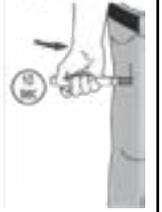
## CÓMO UTILIZAR EPIPEN®, AUTOINYECTOR EPIPEN JR® (EPINEFRINA) Y EPINEFRINA INYECTABLE (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR VIATRIS, VIATRIS

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transportador transparente.
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando hacia arriba.
3. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



## CÓMO UTILIZAR EPINEFRINA INYECTABLE IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Retire el autoinyector de epinefrina de su funda protectora transportadora.
2. Retire los dos capuchones azules: ahora verá una punta roja. Sujete el autoinyector en el puño con la punta roja hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra la parte media de la cara externa del muslo en un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Manténgalo presionado firmemente contra el muslo por aproximadamente 10 segundos.
4. Retírelo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



## CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR TEVA® GENÉRICO DE EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Retire rápidamente la tapa amarilla o verde del autoinyector girándola en la dirección de la "flecha de giro".
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad.
3. Coloque la punta naranja contra la parte media de la cara externa del muslo en ángulo recto con el muslo.
4. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



## INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni lo inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media de la cara externa del muslo. En caso de inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si se administra a un niño pequeño, sujételo firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina se puede inyectar a través de la ropa si es necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

## CÓMO USAR NEFFY® (ESPRAY NASAL DE EPINEFRINA)

1. Retire el dispositivo neffy del envase. Abra el envase para quitar el dispositivo de espray nasal neffy.
2. Sostenga el dispositivo como se muestra. Sostenga el dispositivo con el pulgar en la parte inferior del émbolo y un dedo a cada lado de la boquilla. No tire ni presione el émbolo. No lo pruebe ni lo prepare (no pulverice previamente). Cada dispositivo tiene solo 1 espray.
3. Introduzca la boquilla en una fosa nasal hasta que los dedos toquen la nariz. Mantenga la boquilla recta en la nariz apuntando hacia la frente. No apunte (incline) la boquilla hacia el tabique nasal (pared entre sus 2 fosas nasales) o la pared externa de la nariz.
4. Presione firmemente el émbolo hacia arriba hasta que encaje y pulverice el líquido en la fosa nasal. No inhale durante o después de la administración de la dosis. Si gotea líquido por la nariz, es posible que tenga que administrar una segunda dosis de neffy después de comprobar los síntomas.
5. Si los síntomas no mejoran o empeoran dentro de los 5 minutos de la dosis inicial, administre una segunda dosis en la misma fosa nasal con un nuevo dispositivo neffy.



Atienda a la persona antes de comunicarse con los contactos de emergencia. Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden empeorar rápidamente.

## CONTACTOS DE EMERGENCIA — LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

## OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE/PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE/PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**San Mateo Union High School District**  
**Autorización para tomar medicinas durante el horario escolar**

De acuerdo con el artículo 49423 y la subdivisión (b) del artículo 49423.6 del Código de Educación de California, el alumno que necesite tomar medicinas con receta durante el horario escolar puede ser asistido por el personal de enfermería de la escuela u otro personal de la escuela designado a tal efecto si se cumplen estas dos condiciones: (a) Que el profesional médico del alumno emita una nota por escrito que especifique, como mínimo, la medicina que el alumno tiene que tomar, la dosis y durante cuánto tiempo deberá tomarla. También debe detallar –según sea necesario– cómo administrarla, qué cantidad y a qué horas deberá tomarla. b) Que el padre/la madre/el tutor legal del alumno presente una nota por escrito en la que pida que se le administren dichas medicinas o que se le ayude a tomarlas, según indique la nota por escrito del profesional médico autorizado.

**Con la aprobación del profesional médico autorizado del alumno y la de su padre/madre/tutor legal, una agencia local de educación puede permitir que un alumno porte medicinas o que las tome por sí solo.**

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL:**

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre

Nombre del médico/profesional médico \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
( )

**En cuanto a las medicinas abajo autorizadas por su médico/profesional médico:**

**Pido que las personas autorizadas ayuden a mi hijo(a) a tomar sus medicinas en la escuela:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicinas y tomarlas por sí solo(a):** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Entiendo que las medicinas deben estar en el envase original de la farmacia, tener una etiqueta con el nombre del alumno y del profesional médico que las recetó, el nombre de las medicinas, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para tomarlas. Si las medicinas se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidas si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. He leído y firmado el consentimiento adjunto (reverso) que permite que el personal designado de la escuela hable con el profesional médico de mi hijo(a) si tiene preguntas médicas. Entiendo que se podrá suspender la administración de un medicamento si los padres lo solicitan por escrito. Como padre/madre/tutor legal del alumno nombrado arriba, por el presente dejo indemne y a libero a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidades de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del profesional médico de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma del padre/de la madre/del tutor legal Teléfono de la casa Teléfono de emergencia

**THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN /ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO:**

**Diagnosis for which medication is given / Diagnóstico por el cual se receta la(s) medicina(s):** \_\_\_\_\_

**Name of medication / Nombre de la(s) medicina(s):** \_\_\_\_\_

**Form / Presentación:** \_\_\_\_\_ **Dose & route / Dosis y vía de administración:** \_\_\_\_\_

**If medicine is to be given DAILY, at what time(s) / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse TODOS LOS DÍAS, indique a qué hora(s):** \_\_\_\_\_

**If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse sólo CUANDO SEA NECESARIO, explique:** \_\_\_\_\_

**How soon can it be repeated? / ¿Cada cuánto tiempo puede(n) volver a tomarse?:** \_\_\_\_\_

**List significant side effects of medication / Escriba los efectos secundarios importantes de esta(s) medicina(s):** \_\_\_\_\_

**Length of time this treatment is recommended / ¿Por cuánto tiempo recomienda este tratamiento?:** \_\_\_\_\_

**In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medicate the above medication:** Yes (Sí) \_\_\_\_\_ No (No) \_\_\_\_\_  
Opino que este alumno es capaz de portar esta(s) medicina(s) y de tomarla(s) por sí solo(a):

**If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel:** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_  
Si es necesario, este medicamento puede ser administrado adecuadamente y de manera segura por personal capacitado de la escuela sin licencia:

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature of Authorized Health Care Provider:** \_\_\_\_\_

**Health Care Provider  
Address Stamp (required):**

**SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**  
**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre la salud del estudiante. Esta información revela la identidad de la persona, como se expresa más abajo, en concordancia con las leyes de California y las leyes federales en cuanto a la privacidad de dicha información. Esta autorización podría invalidarse si la información que se proporciona está incompleta. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Para que la escuela pueda dar a este estudiante los servicios que necesita, es probable que (yo) tenga que firmar esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Nombre del paciente/estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Fecha de nacimiento

Yo, el/la abajo firmante, por el presente autorizo a (nombre de la agencia y/o profesionales médicos):

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

a proporcionar la información sobre la salud del estudiante mencionado arriba, contenida en la historia clínica de éste, y a que la intercambie con:

**San Mateo Union High School District**  
Distrito escolar receptor de dicha divulgación

**650 N. Delaware Street, San Mateo CA 94401**  
Domicilio/ciudad y estado/código postal

**Sara Devaney, Health Services Manager**  
Persona de contacto en el distrito escolar

**650-558-2222 (Confidential Fax 650-762-0250)**  
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la salud del estudiante se requiere para los siguientes propósitos:

La información solicitada estará limitada a:  Información completa sobre la salud del estudiante o  
 información sobre una enfermedad en particular, como se describe a continuación:

**DURACIÓN:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_ (escriba la fecha) o durante un año después de la fecha en que se haya firmado (si no se especifica otra fecha).

**RESTRICCIONES:** Las leyes de California prohíben al distrito escolar que continúe divulgando la información sobre la salud del estudiante, a menos que obtenga mi autorización (otra distinta a esta) o a menos que tal divulgación haya sido específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que el distrito escolar protegerá esta información, como lo define la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y la ley estatal, y que la información formará parte del expediente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en/con el distrito escolar con el propósito de brindar ambientes educativos, servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos. Si el estudiante se muda a otro distrito escolar, sus expedientes serán transferidos automáticamente al nuevo distrito.

**SUS DERECHOS:** Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada a las agencias/personas relacionadas con la atención médica mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor en cuanto sea recibida; sin embargo, la misma no tendrá efecto alguno sobre los actos previos del distrito escolar que fueron realizados conforme a esta autorización.

**APROBACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
Nombre (escriba, por favor)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente/estudiante

\_\_\_\_\_  
Código de área y número de teléfono