

# PLAN PARA TRATAR EMERGENCIAS RELACIONADAS CON ALERGIAS

ALLERGY EMERGENCY PLAN



Nombre del estudiante (*Student Name*): \_\_\_\_\_ Identificación estudiantil (*Student ID*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*DOB*): \_\_\_\_\_  
 Escuela (*School Name*): \_\_\_\_\_ Año escolar (*School Year*): \_\_\_\_\_  
 Nombre de los padres (*Parent Name*): \_\_\_\_\_ Tel de casa (*Home*): \_\_\_\_\_ Tel del trabajo (*Work*): \_\_\_\_\_ Celular (*Cell*): \_\_\_\_\_  
 El alumno es alérgico a (*Allergy to*): \_\_\_\_\_ Describe (*Describe*): \_\_\_\_\_  
 ¿Es asmático? *Asthmatic*:  \* Sí (*Yes*) Los niños con asma tienen un riesgo alto de sufrir una reacción grave (*Children with asthma have a higher risk for severe reaction*)  
 No

## ¡NO DEPENDER DEL INHALADOR DE ASMA Y/O ANTIHISTAMÍNICO PARA TRATAR LA ANAFILAXIA!

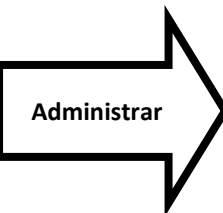
**Los padres deben proveer los antihistamínicos y la inyección automática de epinefrina (*Epinephrine Auto-Injector*) a la escuela con la documentación requerida.**

<b>Síntomas menores</b>	Piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erupción localizada, urticaria o enrojecimiento</li> </ul>
	GI (gastro-intestinal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausea o un episodio de vómito</li> <li>• Dolor abdominal</li> </ul>



Medicamento (*Med*): \_\_\_\_\_ Dosis (*Dose*): \_\_\_\_\_ por la boca (*by mouth*)  
  
 (Nombre del antihistamínico, por ejemplo Benadryl, y la dosis)  
  
**VIGILAR CUIDADOSAMENTE SI LOS SÍNTOMAS EMPEORAN**

<b>Síntomas mayores</b>	Piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erupción roja y sarpullido alrededor de la boca o la cara</li> <li>• Comezón en la cara con o sin hinchazón</li> <li>• Urticaria esparcida por el cuerpo</li> <li>• Brote de eczema</li> </ul>
	Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronquera</li> <li>• Sibilancia (Sonido anormal al espirar hacia dentro o al inhalar)</li> <li>• Dificultad al respirar/falta de respiración</li> <li>• Tos repetida/resuello</li> <li>• Opresión en el pecho</li> </ul>
	GI (gastro-intestinal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vomitar repetidamente</li> <li>• Baboseo o dificultad para tragar</li> </ul>
	Cardio-vascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso rápido y débil</li> <li>• Mareo o síntomas de desmayo</li> <li>• Pérdida del conocimiento</li> </ul>



**\*\* ADMINISTRAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE \*\***

Nombre del inyector (*Name of Injector*): \_\_\_\_\_  
 Dosis (*Dose*): \_\_\_\_\_  
**Y SI ES POSIBLE ADMINISTRAR**

Medicamento (*Med*): \_\_\_\_\_ Dosis (*Dose*): \_\_\_\_\_ por la boca (*by mouth*)  
  
 (Nombre del antihistamínico, por ejemplo Benadryl, y la dosis)  
  
**\*\*\* LLAMAR AL 911 \*\*\***

**UN MÉDICO DEBE MARCAR LA OPCIÓN 1 Ó 2 SI EL ESTUDIANTE LLEVA CONSIGO O SE ADMINISTRA EPINEFRINA A SÍ MISMO:**

1. He instruido al estudiante sobre el uso apropiado y dosis de la inyección automática de epinefrina (*epinephrine auto-injector*). Mi opinión profesional es que a este estudiante se le debe permitir portar y administrarse el medicamento a sí mismo \_\_\_\_\_ (nombre del medicamento y dosis).
2. Se le debe permitir a este estudiante llevar consigo la inyección automática de epinefrina (*epinephrine auto-injector*) mientras esté en la escuela y en el autobús escolar. El estudiante no puede administrarse este medicamento a sí mismo. \_\_\_\_\_ (nombre del medicamento y dosis).

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres (*Parent Signature*)

\_\_\_\_\_  
Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera escolar (*County School Nurse Signature*)

\_\_\_\_\_  
Fecha (*Date*)