

# Plan de Emergencia Contra Alérgenos Alimenticios

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

ALERGIA: \_\_\_\_\_

Asmático Sí\* No \*Alto riesgo de sufrir una reacción alérgica grave

## ◆ PASO 1: TRATAMIENTO ◆

### Síntomas:

### Administre el medicamento indicado\*\*:

\*\* (Sera determinado por el medico que autorice el tratamiento)

Si ha ingerido un alérgeno alimenticio pero <i>no aparecen síntomas</i> :		Epinefrina	Antihistamínico
Boca	Picazón e inflamación en los labios, la lengua, o boca	Epinefrina	Antihistamínico
Piel	Ronchas, erupción de la piel con picazón y/o hinchazón en la cara o extremidades	Epinefrina	Antihistamínico
Intestino	Náusea, retorcijón abdominal, vómitos y/o diarrea	Epinefrina	Antihistamínico
Garganta†	Picazón y/o sensación de tirantez en la garganta, ronquera y tos seca recurrente	Epinefrina	Antihistamínico
Pulmón†	Falta de respiración, tos repetitiva y/o respiración sibilante	Epinefrina	Antihistamínico
Corazón†	Pulso débil, desmayo, palidez, baja presión, piel azulada	Epinefrina	Antihistamínico
Otro†	_____	Epinefrina	Antihistamínico
Si la reacción avanza (afectando a varias de las áreas arriba mencionadas), administre:		Epinefrina	Antihistamínico

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

### 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 de 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 necesario una dosis adicional de epinefrina.

2. Dr. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3. Contactos de emergencia:  
Nombre/Parentesco familiar

Teléfono(s)

a. \_\_\_\_\_ 1.) \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ 1.) \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_

**NO DUDE EN SUMINISTRAR EL MEDICAMENTO O EN LLAMAR A UNA AMBULANCIA AUN CUANDO NO PUEDE LOCALIZAR A LOS PADRES O AL DOCTOR**

Firma del padre o la madre / guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(Necesario)

### MIEMBROS DEL PERSONAL CAPACITADOS

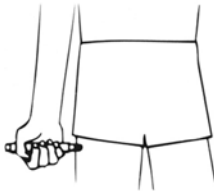
- |          |            |
|----------|------------|
| 1. _____ | Sala _____ |
| 2. _____ | Sala _____ |
| 3. _____ | Sala _____ |

#### Instrucciones Para el Uso del Autoinyector EpiPen® and EpiPen® Jr.

- Hale la tapa de seguridad gris.



- Coloque la punta negra sobre la parte exterior de su muslo (siempre inyecte sobre el muslo).



- Presione fuerte hacia adentro, en la parte exterior de su muslo, con un movimiento rápido hasta que funcione el mecanismo autoinyector del EpiPen®. Sostenga el inyector en su lugar sin moverlo y cuente hasta 10. Luego retire el inyector EpiPen® y masajee la zona inyectada por durante 10 segundos.

#### Twinject® 0.3 mg y Twinject® 0.15 mg Instrucciones:



- Quite la tapa identificada con el número 1 y después la tapa identificada con el número 2.
- Coloque la punta redonda sobre la superficie del muslo y presione firmemente hacia abajo hasta que la aguja penetre la piel. Mantenga esta posición por 10 segundos y luego retírela.



#### ADMINISTRACION DE LA SEGUNDA DOSIS:

Si los síntomas no mejoran después de 10 minutos, administre la segunda dosis:

- Desenrosque la punta redonda y hale la jeringa desde su recipiente, sosteniéndolo por la banda azul a nivel de la base de la aguja.
- Remueva la banda amarilla del émbolo.
- Inserte la aguja dentro del muslo a través de la piel, presionando el émbolo completamente hacia abajo y luego retírelo.



**Después de usar el inyector EpiPen® o el Twinject®, llame al servicio público de ambulancias (Rescue Squad). Lleve la unidad usada a la sala de emergencia. Usted deberá permanecer en observación durante por lo menos 4 horas en la sala de emergencia.**

Para los niños que son alérgicos a varios alimentos, utilice un formulario para cada alimento.

\*\* Lista de verificación de medicamentos adaptada del formulario Authorization of Emergency Treatment (Autorización para tratamientos de emergencia) desarrollado por la Mount Sinai School of Medicine (Escuela de medicina de Mount Sinai). Uso autorizado.

