

Inserte la Foto del Estudiante Aquí

# Plan de Acción de Alergia Alimentaria

## Plan de Atención de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ F.de N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ lbs. Asma:  Si (riesgo más alto de reacción severa)  No

**Extremadamente reactivo a los siguientes alimentos:**

**POR LO TANTO:**

- Si se marcó, administre epinefrina inmediatamente por CUALQUIER síntoma si probablemente se comió el alérgeno.
- Si se marcó, administre epinefrina inmediatamente si definitivamente se comió el alérgeno, incluso si no se observan síntomas.

**Cualquier SÍNTOMA SEVERO después de que se sepa o se sospeche la ingestión:**

**Uno o más** de los siguientes:

**PULMONES:** Dificultad para respirar, respiración ruidosa, tos repetitiva

**CORAZÓN:** Pálido, azul, desmayo, pulso débil, mareo, confusión

**GARGANTA:** Ajustado, ronco, dificultad para respirar/tragar

**BOCA:** Hinchazón Obstructiva (lengua y/o labios)

**PIEL:** Urticaria sobre todo el cuerpo

**O combinación** de síntomas de diferentes partes del cuerpo:

**PIEL:** Urticaria, sarpullidos con comezón, hinchazón (ojos, labios)

**INTESTINOS:** Vómitos, diarrea, dolor de calambres.



**1. INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE**

2. Llame al 911

3. Comience el monitoreo (vea la caja debajo)

4. Administre medicaciones adicionales:\*

-Antihistamínico

-Inhalador (broncodilatador) si tiene asma

\*Antihistamínicos & inhaladores/broncodilatadores no se debe depender de ellos para tratar una reacción severa (anafilaxis). USO DE EPINEFRINA.

**SÍNTOMAS LEVES SOLAMENTE:**

**BOCA:** picazón en la boca

**PIEL:** Un poco de urticaria alrededor de la boca/cara, picazón leve

**INTESTINOS:** náusea/malestar leve



**1. Administrar ANTIHISTAMÍNICO**

2. Quedarse con el estudiante; alertar al profesional de salud y padres

3. Si los síntomas progresan(vea debajo), USE EPINEFRINA

4. Comience el monitoreo (vea el recuadro de abajo)

### Medicación/Dosis

Epinefrina (marca y dosis): \_\_\_\_\_

Antihistamínico (marca y dosis): \_\_\_\_\_

Otros (e.g., inhalador-broncodilatador si es asmático): \_\_\_\_\_

**Monitoreo**

**Quédese con el estudiante; alerte a los profesionales de la salud y padres.** Avísenle al escuadrón de rescate que se administró epinefrina; solicite una ambulancia con epinefrina. Anote la hora en la que la epinefrina fue administrada. Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina 5 minutos después de la primera si los síntomas persisten o reaparecen. Durante una reacción severa, considere mantener al estudiante recostado de espaldas con las piernas levantadas. Trate al estudiante aun cuando los padres no puedan ser ubicados. Vea la siguiente hoja para la técnica de aplicación

---

Firma del Padre/Guardián

---

Fecha

---

Firma del Médico/Proveedor de Salud

---

Fecha

**Instrucciones de uso del EPIPEN Auto-Inyector y EPIPEN Jr.Auto-Inyector**

Primero, remueva el EPIPEN Auto-Inyector del contenedor de plástico. Retire la tapa azul de liberación de seguridad.



Sostenga la punta naranja cerca de la parte externa del muslo.



Balancee y empuje firmemente la punta naranja contra la parte exterior del muslo. Mantenga la posición por aproximadamente 10 segundos. Remueva el EPIPEN Auto-Inyector y masajee el área por 10 segundos más.

**Direcciones de uso para Adrenallick™ 0.3mg y Adrenallick 0.15 mg**



Remueva las tapas GRISES etiquetadas "1" y "2."

Coloque la punta ROJA redondeada contra la parte externa del muslo, presione fuerte hasta que la aguja penetre. Mantenga la posición por 10 segundos, luego remueva.



**Un kit de respuesta de alergia alimentaria debe de contener por lo menos dos dosis de epinefrina, otras medicaciones recetadas por el médico del estudiante, y una copia del Plan de Acción para Alergias Alimentarias. Un kit tiene que acompañar al estudiante si sale fuera de la escuela(i.e.,paseos de campo).**

**Contactos**

Llamar al 911 (Escuadrón de rescate: ( ) - ) Doctor: \_\_\_\_\_

Phone: ( ) - \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_

**Otros Contactos de Emergencia**

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_