

COLOCAR FOTO AQUÍ

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ lb 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 alérgenos: _____

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.



- ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
- 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:

- Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
- Quédese con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- 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 ☐ 2 mg IN (intranasal)

Marca o versión genérica del antihistamínico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

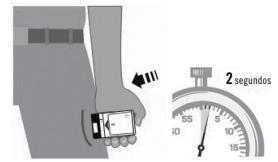
Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador si hay sibilancias): _____

☐ El paciente puede llevar consigo el medicamento

☐ El paciente puede autoadministrarse el medicamento

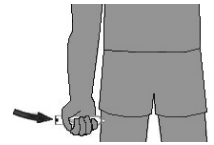
CÓMO USAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

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.



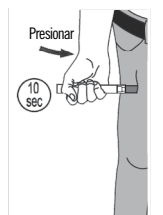
CÓMO UTILIZAR EPIPEN®, AUTOINYECTOR EPIPEN JR® (EPINEFRINA) Y EPINEFRINA INYECTABLE (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR VIATRIS, VIATRIS

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.



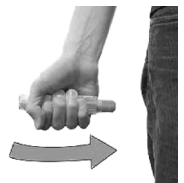
CÓMO UTILIZAR EPINEFRINA INYECTABLE IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALIN®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

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 spray 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 spray.
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: _____

BASTROP ISD

PLAN DE TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA Y FORMULARIO DE ORDEN MÉDICA

Nombre del estudiante: _____		DOB: _____	
HISTORIAL DE ALERGIAS:			
1. Este estudiante ha tenido una reacción de anafilaxia antes? ☐ Si ☐ No			
2. ¿A qué otras cosas es alérgico el estudiante?	☐ Lácteos	☐ Cacahuates	☐ Soya ☐ Otro: _____
	☐ Huevos	☐ Sésamo	☐ Picaduras ☐ Otro: _____
	☐ Pescado	☐ Mariscos	☐ Nueces ☐ Otro: _____
3. ¿Ha sido sometido este estudiante a alguna prueba de alergia?? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, fecha de la prueba: _____			
4. ¿Se ha educado al estudiante y a su familia para que eviten el agente agresor? ☐ Si ☐ No			
5. ¿Se ha instruido al estudiante y a su familia sobre las indicaciones para la administración del EpiPen/EpiPen Jr, la comprobación de medicamentos caducados y el almacenamiento del EpiPen/EpiPen Jr? ☐ Si ☐ No			
6. En caso de picadura de insecto, ¿se ha sometido el estudiante a pruebas de veneno? ☐ Si ☐ No ¿Se ha desensibilizado este estudiante al veneno? ☐ Si ☐ No			
7. ¿Tiene este estudiante una pulsera de alerta médica? ☐ Si ☐ No			
8. ¿Este estudiante tiene asma? ☐ Si ☐ No			
9. ¿Este estudiante es capaz de administrarse a sí mismo el EpiPen/EpiPen Jr de forma segura? ☐ Si ☐ No			
PROTOCOL DEL DISTRITO ESCOLAR SOBRE EPIPEN:			
La póliza de B.I.S.D. establece que «...permite que algunos medicamentos sean llevados y administrados por los estudiantes, en lugar de por el personal de la escuela. Los tres problemas médicos que los estudiantes pueden autoadministrarse son inhaladores de rescate para el asma, medicamentos para reacciones alérgicas graves y todos los medicamentos y suministros asociados con el control de la diabetes. El estudiante es responsable de mantener informado al enfermero escolar cuando administre la medicación. Los padres/tutores deben seguir presentando anualmente un permiso por escrito para la autoadministración de estos medicamentos. Una orden del Doctor debe indicar que el estudiante tiene la condición asociada, que el medicamento se prescribe para y es capaz de administrar el medicamento/régimen, junto con direcciones para la administración del medicamento del régimen médico y la duración del tiempo que el medicamento/régimen será utilizado. Se notificará al servicio médico de emergencia (EMS) SIEMPRE que se administre el medicamento para una reacción alérgica grave.			
Dosis del estudiante (seleccione uno):	☐ EpiPen Jr 0.15mg		
	☐ EpiPen 0.30 mg		
	☐ Otro _____		
¿Está de acuerdo con el plan que está en pie actualmente? ☐ Si ☐ No			
Fecha: _____	Firma del director: _____		
Nombre: _____		Teléfono: _____	

CONSENTIMIENTO DEL PADRE:
El estudiante arriba mencionado tiene mi permiso para administrarse medicamentos recetados para la anafilaxia mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en un evento o actividad relacionada con la escuela.
Fecha: _____ Firma del padre/tutor: _____
Nombre: _____ Relación: _____

906 Farm Street • Bastrop, Texas 78602-3310 • (512) 321-2292 • Fax (512) 321-1371