

Plan de Emergencia para la Alergia y la Anafilaxis

Nombre:	Fecha de nacimiento	Peso	lbs/kg
Fecha del plan:	Edad:		
Alergias:			

El niño tiene asma: *sí/no* (si tiene, hay una mayor posibilidad de tener una reacción grave):
 El niño tiene anafilaxis: *sí/no* (si tiene, hay una mayor posibilidad de tener una reacción grave)
 El niño puede llevar consigo la medicina: *sí/no*
 El niño puede administrarse solo la medicina: *sí/no* (si el niño rehúsa, un adulto debe dársela)

[] **Opción de “Siempre- Epinefrina”:** Si marcó esta opción, **administre epinefrina** inmediatamente si el niño tiene CUALQUIER síntoma (leve o fuerte) después de un piquete de avispas o de haber comido algún alimento de la lista.
 (Opción recomendada para aquellas escuelas que no siempre tienen una enfermera presente).

**** ¡ ANTE CUALQUIER DUDA, ADMINISTRE EPINEFRINA!** La ANAFILAXIS es una reacción alérgica grave que potencialmente puede poner la vida en peligro.

<p>Para una alergia o anafilaxis GRAVE ▶</p> <p>Qué hay que vigilar: Si el niño tiene CUALQUIERA de los siguientes síntomas después de comer un alimento o de un piquete, administre epinefrina.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Respiración: dificultad para respirar, sibilancia, dificultad para pasar saliva o para hablar. ➤ Garganta: garganta cerrada o ronquera, dificultad para pasar saliva o hablar. ➤ Cerebro: confusión, agitación, mareos, desmayo, no responde. ➤ Intestino: dolor fuerte del estómago, vómito, diarrea. ➤ Boca: hinchazón de los labios o de la lengua que afecte la respiración. ➤ Piel: palidez o piel morada, muchas ronchas o enrojecimiento en todo el cuerpo. 	<p>¡Administre EPINEFRINA!</p> <p>Qué hacer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¡Inyecte la epinefrina inmediatamente! Anote la hora. 2. Llame al 911 <ul style="list-style-type: none"> • Pida una ambulancia que traiga epinefrina. • Informe al equipo de rescate de cuándo le ha dado la epinefrina. 3. Quédense con el niño y: <ul style="list-style-type: none"> • Llame a los padres. • Administre una segunda dosis de epinefrina si los síntomas empeoran o no mejoran a los 5 minutos. • Coloque al niño sobre su espalda. Si vomita o tiene dificultad para respirar, póngalo de costado. 4. Dele cualquier otra medicina (ej. antihistamínico, inhalador) que le hayan recetado. No use otra medicina en lugar de la epinefrina.
--	--

<p>Para una reacción alérgica LEVE ▶</p> <p>Qué hay que vigilar: Si el niño tiene síntomas leves o no tiene síntomas pero le ha picado un mosquito, o se sospecha que haya ingerido algún alimento, dele un antihistamínico y vigile al niño. Síntomas leves pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Piel: algo de urticaria, leve salpullido, leve hinchazón, O ➤ Boca/nariz/ojos: picazón, se frota, estornuda, O ➤ Barriga: presenta dolor leve del estómago, náusea o malestar. <p>Nota: si el niño tiene más de un área afectada con síntoma leve, dele epinefrina.</p>	<p>Administre un antihistamínico y monitoree al niño</p> <p>Qué tiene que hacer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dele un antihistamínico si se lo han recetado. 2. Ante cualquier duda, dele epinefrina. 3. Llame a los padres. 4. Vigile al niño muy de cerca por 4 horas. 5. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina (vea “para una alergia y anafilaxis GRAVE”).
--	--

Medicina/Dosis

Epinefrina (intramuscular, en el muslo): [] 0.15 mg [] 0.30 mg
 Antihistamínico (por boca) [] Difenhidramina ____ mg (____ ml) [] Otro _____: ____ mg (____ ml)
 Otros medicamentos: [] Albuterol 2-4 inhalaciones [] otro: _____

FIRMA (electrónica) del PROVEEDOR	Fecha	Nombre (en letra de molde)	Teléfono	FAX
--	--------------	-----------------------------------	-----------------	------------

FIRMA del PADRE/TUTOR LEGAL

Fecha

Nombre (en letra de molde)

Teléfono

Revisado por la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____

Plan de Emergencia para la Alergia y la Anafilaxis

Nombre del niño: _____ Fecha del plan: _____

Instrucciones adicionales:

Personas de contacto

Nombre del médico (escriba en letra de molde) _____ Teléfono de la oficina (____) _____ - _____

Dirección de la oficina _____ Fax de la oficina (____) _____ - _____

Nombre del padre/ tutor legal (escriba en letra de molde) _____ teléfono: _____

Nombre del padre/ tutor legal (escriba en letra de molde) _____ teléfono: _____

Otras personas de contacto en caso de emergencia

Nombre /Relación: _____ teléfono: _____

Nombre / Relación: _____ teléfono: _____

Revisado por la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____