

Plan de Emergencia Contra Alérgenos Alimenticios

Coloque la
foto del
niño aqui

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Grado: _____

ALERGIA SERIA: _____

Describir la reacción típica: _____

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

Peso _____ Kg/Lb

Síntomas:

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

Si ha ingerido un alérgeno alimenticio pero *no aparecen síntomas:*

Boca Picazón e inflamación en los labios, la lengua, o boca
Piel Ronchas, erupción de la piel con picazón y/o hinchazón en la cara o extremidades
Intestino Náusea, retortijón abdominal, vómitos y/o diarrea
Garganta† Picazón y/o sensación de tirantez en la garganta, ronquera y tos seca recurrente
Pulmón† Falta de respiración, tos repetitiva y/o respiración sibilante
Corazón† Pulso filiforme, desmayo, palidez, baja presión, piel azulada
Otro† _____

Si la reacción avanza (afectando a varias de las áreas arriba mencionadas), administre:

Administre el medicamento indicado **

<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico
<input type="checkbox"/>	Epinefrina	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico

PASO 1: TRATAMIENTO

Epinefrina: (Circule una) EpiPen® - EpiPen® Jr. - Twinject® 0.3 mg - Twinject® 0.15 mg – AuviQ 0.3 - AuviQ 0.15mg

Antihistamínico: _____ Otro: _____
medicamento/dosis/vía de administración medicamento/dosis/vía de administración

PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA

1. **Llame al 911.** Indique que la reacción alérgica ha sido tratada pero que puede ser necesaria una dosis adicional de epinefrina.

Telefono #1

Telefono #2

2. Padre: _____

Contactos de emergencia Nombre/Parentesco familiar

a. _____ / _____

b. _____ / _____

Firma del padre o / guardián _____

Fecha _____

Firma del doctor _____

Fecha _____

Allergy/Anaphylaxis Action Plan

Place
Child's
Photo
Here

Student: _____ DOB: ____/____/____ Gr _____

SEVERE ALLERGY TO: _____

Describe a typical reaction: _____

Is your child asthmatic? Yes No *Higher risk for severe reaction

Peso ____ Kg/Lb

<u>Symptoms</u>	<u>Give Checked Medications*</u>	
* (To be determined by physician authorizing treatment)		
<input type="checkbox"/> If food allergen has been injected, but <i>no symptoms</i>	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Mouth - itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Skin - hives, itchy rash, swelling of face or extremities	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Gut - nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Throat - tightening of throat, hoarseness, hacking cough	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Lung - shortness of breath, repetitive coughing, wheezing	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Heart - weak pulse, low blood pressure, fainting, pale, blue	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine
<input type="checkbox"/> If symptoms progress to multiple areas being affected	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistimine

STEP 1: TREATMENT

Epinephrine: IM (circle one) EpiPen® - EpiPen® Jr. - Twinject® 0.3 mg - Twinject® 0.15 mg - AuviQ 0.3 – AuviQ 0.15mg

Antihistamine: _____
Medication, /dose, /route

Other: _____
Medication, /dose, /route

STEP 2: EMERGENCY CALLS

1. **Call 911.** State that an allergic reaction has been treated, and additional epinephrine may be needed.

Phone #1:

Phone #2

2. **Parent** _____

3. Emergency Contact / Relationship

a. _____ / _____

b. _____ / _____

Parent/ Guardian's Signature _____ Date _____

Doctor's Signature (Required) _____ Date _____