PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

FARE Food Allergy Research & Education

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Alergia a: _____

Peso:_____ **Ib Asma:** ☐ **Sí (mayor riesgo de una reacción grave)** ☐ **No**

COLOCAR FOTO AQUÍ

NOTA: No use antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes _____

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.

1. **ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
2. **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:

1. Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
2. Quédese con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. 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 ☐ 1 mg IN (intranasal) ☐ 2 mg IN

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

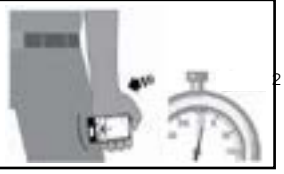
FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES FECHA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA FECHA

FORMULARIO PROPORCIONADO POR CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 4/2025

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

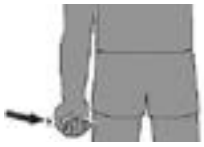
FARE
Food Allergy Research & Education

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



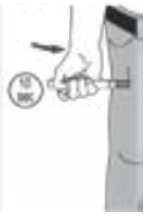
1. Retire el Auvi-Q de la funda exterior. Quite la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta escuchar un clic y un sonido de silbido, y manténgalo en el lugar durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y solicite 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 ADRENACLICK®), 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, sujétele 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 espray 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 espray.
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: _____

WILLIAMSBURG
JAMES CITY COUNTY
PUBLIC SCHOOLS | EST. 1955

Autorización para portar o autoadministrarse epinefrina

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, como proveedor de servicios médicos, certifico que el menor tiene antecedentes médicos de reacciones alérgicas graves, recibió capacitación en el uso del/de los medicamento(s) recetado(s) y se considera que es capaz de portarlo(s) y autoadministrárselo(s). Se deberá notificar al personal de enfermería o al personal escolar pertinente cada vez que se use el medicamento o el inyector. El menor comprende los riesgos de compartir medicamentos con otras personas y se comprometió a abstenerse de esta práctica.

☐ Portación del medicamento ☐ Autoadministración del medicamento

_____	_____	_____
Firma del proveedor de servicios médicos	Nombre del proveedor de servicios médicos en letra de molde	Fecha

---

De conformidad con la sección 22.1-274 del Código de Virginia, manifiesto mi conformidad con lo siguiente:

No responsabilizaré al consejo escolar ni a ninguno de sus empleados por ningún resultado negativo derivado de la autoadministración del medicamento de emergencia mencionado por parte del estudiante.

Comprendo que la escuela, previa consulta con el/los padre(s), puede establecer limitaciones o restricciones razonables respecto de la posesión o autoadministración del medicamento de emergencia mencionado por parte del estudiante en función de su edad, madurez u otros factores relevantes.

Comprendo que la escuela puede retirar la autorización para la posesión y autoadministración del medicamento de emergencia mencionado en cualquier momento del año escolar si se determina que el estudiante hizo un uso abusivo de este privilegio o que no se está autoadministrando el medicamento de manera segura y eficaz.

_____	_____
Firma del padre/tutor	Fecha

_____	_____
Firma del estudiante	Fecha