



COLOQUE LA IMAGEN AQUÍ

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ libras. Asma: Sí (mayor riesgo de reacción grave) No

NOTA: No dependa de agentes antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alimentos: _____

ENTONCES:

Si esta opción está marcada, administre epinefrina inmediatamente en caso de que se presente CUALQUIER síntoma si existe la posibilidad de que se haya ingerido el alérgeno.

Si esta opción está marcada, administre epinefrina inmediatamente si definitivamente se ingirió el alérgeno, incluso si no hay síntomas.

PARA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES
Falta de aire, sibilancia, tos reiterada



CORAZÓN
Palidez, color azulado, desmayos, pulso débil, mareo



GARGANTA
Oclusión, voz ronca, dificultad para respirar/ tragar



BOCA
Hinchazón significativa de la lengua y/o los labios



PIEL
Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado



INTESTINO
Vómitos reiterados o diarrea grave



OTRA ÁREA
Sensación de que algo malo sucederá, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.



1. **INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.**

2. **Llame al 911.** Comuníqueles que el niño presenta un cuadro de anafilaxia y puede necesitar epinefrina a su llegada.

• Considere administrar más medicamentos luego de la epinefrina:

- » Agentes antihistamínicos.
- » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancia.

• Recueste al niño, levántele las piernas y manténgalo abrigado. Si tiene problemas para respirar o vomita, hágalo sentarse o recostarse sobre un lado.

• Si los síntomas no mejoran, o regresan, pueden administrarse más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.

• Avise a los contactos de emergencia.

• Lleve al niño a la sala de emergencias incluso si los síntomas desaparecen. El niño debe permanecer en la sala de emergencias durante más de 4 horas porque los síntomas podrían volver a manifestarse.

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ
Picazón/ secreción nasal, estornudos



BOCA
Picazón bucal



PIEL
Algunas ronchas, picazón leve



INTESTINO
Náuseas leves/ molestias

PARA SÍNTOMAS LEVES DE MÁS DE UNA DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

PARA SÍNTOMAS LEVES DE UNA ÚNICA ÁREA DEL CUERPO, SIGA LAS INDICACIONES A CONTINUACIÓN:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, si así lo indica el médico.
2. Quédese con el niño; avise a los contactos de emergencia.
3. Observe detenidamente para detectar cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: 0.15 mg por vía intramuscular
 0.3 mg por vía intramuscular

Agente antihistamínico de marca o agente antihistamínico genérico: _____

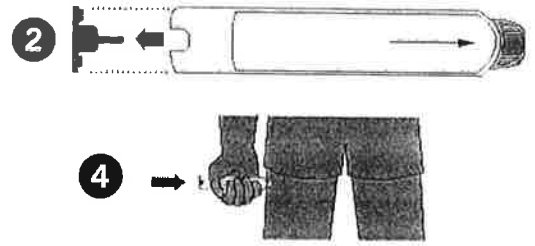
Dosis del agente antihistamínico: _____

Otro (p. ej., broncodilatador inhalable si hay sibilancia): _____



EPIPEN® (EPINEFRINA) INDICACIONES PARA EL AUTOINYECTOR

1. Retire el autoinyector EpiPen del estuche plástico.
2. Retire la tapa de seguridad azul.
3. Gire y presione firmemente la punta naranja en dirección a la parte exterior media del muslo.
4. Mantenga oprimido durante aproximadamente 3 segundos.
5. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.



ADRENACLICK®/ADRENACLICK® GENÉRICO INDICACIONES

1. Retire el estuche.
2. Retire las tapas grises marcadas como "1" y "2".
3. Coloque la punta redondeada roja contra la parte exterior media del muslo.
4. Presione con firmeza hasta que penetre la aguja.
5. Mantenga oprimido durante 10 segundos. Retire el dispositivo del muslo.



OTRAS INDICACIONES/INFORMACIÓN (la epinefrina se puede llevar consigo; se puede autoadministrar, etc.):

Administre el tratamiento antes de llamar a los contactos de emergencia.
Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA: LLAME AL 911 OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

EQUIPO DE RESCATE: _____ TELÉFONO: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE (MADRE)/TUTOR(A): _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____