



# Servicios de Salud Estudiantil

## Plan de atención en caso de alergia alimentaria

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ (\*Por favor adjunte foto al plan de atención)

**ALERGIA A:** \_\_\_\_\_

**El casillero marcado indica una reacción grave a un alimento, lo cual puede inducir a la anafilaxia**

Asmático Sí\*  No  \*Mayor riesgo a una reacción grave      \*¿Inhalador en la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Lleva \_\_\_

**\*El Programa de Nutrición del condado de Fulton no puede garantizar que los productos alimenticios que se sirven en las cafeterías escolares hayan sido procesados en plantas que no procesan productos con nueces.**

### **\*1<sup>er</sup> paso: TRATAMIENTO\***

Síntomas:

Dar la medicina que está marcada\*\*.

\*\* (A ser determinada por el médico que autorice el tratamiento)

Si se ingirió un alimento que causa alergia pero *no hay síntomas*:

Epinefrina     Antihistamínico

Boca\*: picazón, hormigueo o hinchazón de los labios, lengua, boca

Epinefrina     Antihistamínico

Piel: urticaria, sarpullido que pica, hinchazón de la cara o las extremidades

Epinefrina     Antihistamínico

Abdomen: náuseas, cólicos, vómito, diarrea

Epinefrina     Antihistamínico

Garganta\*: tensión en la garganta, ronquera, tos seca y frecuente

Epinefrina     Antihistamínico

Pulmones\*: Dificultad para respirar, tos repetitiva, silbido al respirar

Epinefrina     Antihistamínico

Corazón\*: pulso filiforme, baja presión arterial, desmayo, palidez, azulado

Epinefrina     Antihistamínico

Otro\* \_\_\_\_\_

Epinefrina     Antihistamínico

Si la reacción va progresando (varias de las áreas anteriores afectadas),

Epinefrina     Antihistamínico

**\*La alergia alimentaria es potencialmente fatal. La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente.**

### **DOSIS DE MEDICINA EN CASO DE EMERGENCIA:**

Epinefrina: inyectar por vía intramuscular (marque uno) EpiPen® EpiPen® Jr. Twinject™ 0.3 mg Twinject™ 0.15 mg (vea en el reverso las instrucciones para la administración)

Antihistamínico: darle \_\_\_\_\_  
 medicina/dosis/vía

Otro: darle \_\_\_\_\_  
 medicina/dosis/vía

**\*IMPORTANTE: No se puede depender de los inhaladores para el asma ni de los antihistamínicos en reemplazo de la Epinefrina en anafilaxia.**

### **\* 2<sup>do</sup> paso: LLAMADOS DE EMERGENCIA \***

1. Llamar al 911 o al escuadrón de rescate: \_\_\_\_\_.

\*Explique que se le ha dado tratamiento a una reacción alérgica y que es posible que se necesite más Epinefrina.

2. Nombre completo del Dr.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3. Contactos de emergencia: Nombre/Relación/Teléfono(s)

a. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico (*legible*) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma del médico obligatoria)

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Firma de la enfermera general/Enfermera de Ed. Esp: \_\_\_\_\_