

**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____








 Peso: _____ kilos. Asma: Sí (Riesgo más alto de reacción grave) No

NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.
Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

- Si esta opción está marcada y es PROBABLE que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante CUALQUIERA de estos síntomas.
- Si esta opción está marcada y es SEGURO que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.




ANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES

 PULMÓN Falta de aire, sibilancia, mucha tos	 CORAZÓN Tez azulada o pálida, desmayo, pulso débil, mareo	 GARGANTA Ronquera u oclusión, dificultad para tragar o respirar	 BOCA Hinchazón significativa de la lengua o los labios
 PIEL Urticaria extendida en las distintas partes del cuerpo, enrojecimiento generalizado	 INTESTINOS Vómitos reiterados, diarrea grave	 OTRO Sensación de que va a pasar algo malo, ansiedad, confusión.	O UNA COMBINACIÓN de los síntomas de las distintas áreas

↓ ↓ ↓

- INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
- Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
 - Antihistamínico
 - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES

 NARIZ Picazón o moqueo nasal, estornudos	 BOCA Picazón bucal	 PIEL Algunas ronchas, picazón leve	 INTESTINO Náuseas leves o malestar
--	---	---	---

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
- Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
- Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

Dosis de epinefrina: 0,1 mg IM 0,15 mg IM 0,3 mg IM

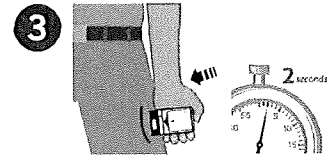
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

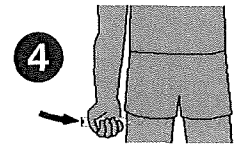
Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____

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

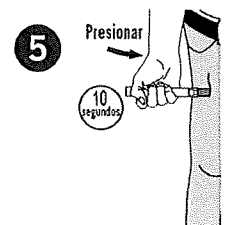
1. Retire AUVI-Q del estuche externo. Saque la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
3. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.


CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
3. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.


CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALINEX®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
3. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.


CÓMO UTILIZAR SYMJEP!™ (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para aplicar la inyección, retire la tapa para dejar la aguja expuesta. No coloque el dedo encima el dispositivo.
2. Sostenga la inyección SYMJEP! solo con los dedos e inserte la aguja en el muslo suavemente. SYMJEP! puede inyectarse a través de la ropa si es necesario.
3. Después de que la aguja esté en el muslo, empuje el émbolo hacia abajo hasta que haga clic y manténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y masajee el lugar de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.
5. Una vez que se haya administrado la inyección, colocando una mano con los dedos detrás de la aguja, deslice la protección de seguridad por sobre la aguja.


INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

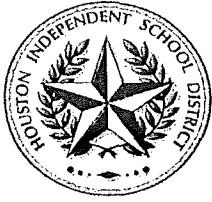
OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____



Houston Independent School District Health and Medical Services

REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

This form must be filled out completely to allow the School Nurse and /or other trained staff assigned by the Principal to administer medication to a student. A new medication form must be completed at the beginning of each school year for each prescription medication, and each time there is a change in the medication's administration instructions.

In accordance with district policy, only prescription medication will be administered.

- Prescription medication must be delivered to school in its original container.
- The container must be properly labeled by a pharmacist.

Student's Name _____ Sex _____

Date of Birth ____ / ____ / ____ Name of School _____

Medical Diagnosis: _____ Infectious Non-Infectious Allergy

Medication Name: _____

Dose (amount to be given): _____

Frequency (how often): _____

Form of Medication (Route): _____

tablet pill capsule liquid inhalation injection

other (specify): _____

Possible side effects _____

Special requirements for administration / storage _____

Known food allergies YES NO If Yes, please explain _____

This is permission to give medication to my child named above as requested by the physician. I understand that I am giving consent for the school nurse to discuss any concerns regarding this medication with the healthcare provider whose signature appears on this document to monitor the healthcare needs of my child.

Parent's Signature

Telephone

Date

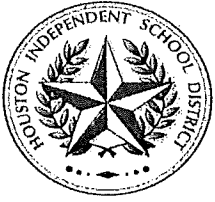
Physician's/Advanced Practice Nurse Signature

Physician's/Advanced Practice Nurse Name (print or type)

Date

Facility Name

Telephone



Houston Independent School District Health and Medical Services

Policies Governing Self-Administration of Emergency Medication for Treatment of Asthma, Anaphylaxis and Diabetes while on School Property or a School Related Activity

District policy allows a student at risk for anaphylaxis or a diagnosis of asthma, or diabetes to possess and self-administer prescription medicine for management of their care under certain conditions.

This form must be filled out completely to allow students with these conditions to possess and self-administer prescription medicine. A new medication form must be completed at the beginning of each school year for each prescription medication, and each time there is a change in the medication's administration instructions.

It is important to note the following:

- By signing below, the health care provider and parent confirms that the student is capable of self-administration of the medication.
- The School Nurse may re-evaluate the student's ability to self-administer medications as needed
- Self-administration orders must be included in the Diabetes Medical Management Plan (DMMP) for students with diabetes.
- This serves as an exception to the HISD medication policy that requires all medications to be kept in a locked area in the nurse's office.

Student's Name _____ Sex _____

Date of Birth ____ / ____ / ____ Name of School _____

Medical Diagnosis: _____ Infectious Non-Infectious Allergy

Medication Name: _____

Dose (amount to be given): _____

Frequency (how often): _____

Form of Medication (Route): _____

tablet pill capsule liquid inhalation injection

other (specify): _____

Possible side effects _____

Student has demonstrated that they can self-administer their medication Yes No

If NO, please explain other support needed to achieve independence _____

This is permission for my child named above to self-carry medication requested by the physician. I understand that I am giving consent for the school nurse to discuss any concerns regarding this medication with the healthcare provider whose signature appears on this document to monitor the healthcare needs of my child.

Parent's Signature

Telephone:

Date:

Physician's/Advanced Practice Nurse Signature

Physician's/Advanced Practice Nurse Name (print or type)

Date

Facility Name

Telephone