



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,  
muchos 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



## 1. 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: \_\_\_\_\_

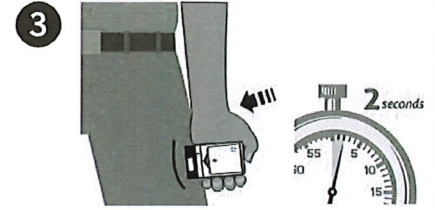
Dosis de antihistamínico: \_\_\_\_\_

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



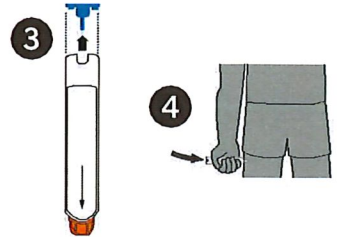
**CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO**

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



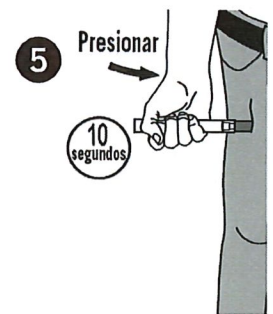
**CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN**

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.
3. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
4. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic.
5. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
6. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
7. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



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

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



**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: \_\_\_\_\_