

Plan de Atención Médica de la Diabetes (DMMP)

El equipo de atención médica personal y la madre, el padre, o tutor/a del estudiante deben completar el plan. El personal de la escuela correspondiente debe revisarlo, y debe guardarse copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera escolar, personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del plan: _____ Este plan está en vigencia durante el año escolar: _____ - _____

Nombre y apellido del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Fecha del diagnóstico de la diabetes: ____/____/____ diabetes tipo 1 diabetes tipo 2 otro

Grado: _____ Docente del curso: _____

Enfermera escolar: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Madre o tutor: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____ Trabajo (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Padre o tutor: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

Médico o proveedor de atención médica del estudiante: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ N° de teléfono de emergencia: _____

Otro contacto: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

CONTROL DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE

El intervalo objetivo de la glucosa en la sangre es de 70 - 130 mg/dL 70 a 180 mg/dL
 Otro _____

Momentos en los que se deben verificar el nivel de glucosa en la sangre:

- En medio de la mañana Antes del almuerzo ____ Horas después del almuerzo
- 2 horas después de una dosis de corrección Antes de hacer ejercicio Después de hacer ejercicio
- Antes de la despedida Cuando presenta síntomas de hiperglucemia/hipoglucemia
- Cuando presenta síntomas de otra enfermedad Otra _____

Lugar preferido para medir: Punta del dedo Antebrazo Muslo Otro:

Tipo de medidor de la glucosa en la sangre:

Atención: la punta del dedo siempre se debe utilizar si se sospecha de hipoglucemia.

La capacidad que tiene el estudiante para realizar la verificación de la glucosa en la sangre:

- Puede hacerla independientemente
- Puede hacerla pero necesita supervisión
- Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado la verifique

Monitor continuo de glucosa (CGM): Sí No

Tipo de medidor de glucosa en la sangre: _____

Nota: confirmar los resultados del CGM con chequeando el medidor de la glucosa en la sangre antes de tomar medidas para responder a los niveles del CGM. Si el estudiante tiene síntomas o signos de hipoglucemia comprueba el nivel de glucosa en la sangre de la punta del dedo independientemente del CGM.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre):

Si muestra síntomas de hipoglucemia, o si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de _____ mg/dL, dé un producto de glucosa de acción rápida igual a _____ gramos de carbohidrato.

Vuelva a controlar la glucosa en la sangre en 10-15 minutos y repetir el tratamiento si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de mg/dL.

Tratamiento adicional: _____.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLICEMIA (Continuación)

Si el estudiante no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o está teniendo epilepsia o convulsiones (movimientos):

1. Den el glucagón : 1 mg 1/2 mg Ruta: SC IM Sitio para inyección: brazo muslo otro _____
2. Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
3. Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (alto nivel de azúcar en la sangre):

Administre un examen de Orina Sangre para verificar el nivel de cetonas cada _____ horas cuando los niveles de la glucosa en la sangre están por encima de _____ mg/dL.

Para la glucosa en la sangre mayor de mg/dL y al menos _____ horas desde la última dosis de insulina, dé una dosis de corrección de insulina (ver pedidos inferiores).

Para los usuarios de la bomba de insulina: vea la información adicional para el estudiante con bomba de insulina.

Dé más agua u otra bebida sin azúcar (no jugos de frutas): _____ onzas cada hora.

Tratamiento adicional de cetonas: _____

- Siga las ordenes de actividad física y del deporte (ver página 7)
- Notifique a los padres/tutores cuando empiece la hiperglucemia.
- Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de la hiperglucemia, incluyendo:
 - sequedad de boca
 - sed intensa
 - náuseas y vómitos
 - dolor abdominal severo
 - respiración dificultosa o falta de aire
 - dolor en el pecho
 - aumento de la somnolencia o letargo
 - disminución del nivel de conciencia

Llame al 911 (Servicios de emergencias médicas) y a los padres/tutores del estudiante

- Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

TERAPIA DE INSULINA

Manera de administrar insulina: jeringa de insulina pluma de insulina bomba de insulina

Tipo de la terapia de insulina en la escuela:

- Terapia de insulina ajustable
- Terapia de insulina fija
- No insulina

Terapia de insulina ajustable

- Nombre de la insulina: _____
- La cobertura de carbohidratos: ratio insulina a carbohidratos:
 - Almuerzo: 1 unidad de insulina por _____ gramo de carbohidratos
 - Merienda: 1 unidad de insulina por _____ gramo de carbohidratos

Ejemplo de cómo calcular la dosis de cobertura de carbohidratos

Gramos totales de carbohidratos en la comida
_____ = unidades de insulina

Ratio insulina por gramos de carbohidratos

- Dosis de corrección:
Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre = _____
El objetivo de azúcar en la sangre = _____ mg/dL

Ejemplo de cómo calcular la dosis de corrección

Nivel de azúcar en la sangre real — nivel de azúcar en sangre objetivo
_____ = unidades de insulina

Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre

Escala de dosis de corrección (se puede usar en lugar del cálculo anterior para determinar la dosis de corrección de insulina):

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Cuando se da la insulina:

Almuerzo

- Sólo cobertura para los carbohidratos
- Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/dL y más de _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- Otro: _____

Merienda

- No hay cobertura para la merienda
- Sólo cobertura para los carbohidratos
- Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/dL y más que _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- Otro: _____

Corrección de dosis aparte:

- Dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/ dL y más de _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- Otro: _____

Terapia de insulina fija:

- Nombre de la insulina: _____
- Unidades de insulina dado antes del almuerzo cada día
 - Unidades de insulina dado antes de la merienda cada día
 - Otro:

Autorización de los padres/tutores para ajustar la dosis de insulina:

- Sí No La autorización de los padres/tutores debe ser obtenido antes que la administración de una dosis de corrección.
- Sí No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la corrección escala de la dosis dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina.
- Sí No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir el ratio de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango: _____ unidades de insulina por gramos prescritas de carbohidratos, +/- _____ gramos de carbohidratos.
- Sí No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la dosis fija de insulina dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina .

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

La capacidad que tiene el estudiante para administrar la insulina:

- Puede determinar la cantidad correcta de insulina e inyectarse independientemente
- Necesita supervisión en determinar la cantidad correcta de insulina e inyectarse
- Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado determine la cantidad de insulina y de las inyecciones.

INFORMACION ADICIONAL PARA ESTUDIANTES CON BOMBAS DE INSULINA

Tipo de bomba: _____ Tipo de insulina en la bomba: _____

Tasa basal durante el día escolar: _____

Tipo de equipo de infusión: _____

- Si el nivel de glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/dL y no ha disminuido en _____ horas después de la corrección, se debe considerar un fallo de la bomba o un fracaso del sitio de infusión. Notifique padres/tutores.
- Si hay un fracaso del sitio de infusión, se debe insertar el nuevo equipo de infusión y/o sustituir el reservorio.
- Si se sospecha un fallo de la bomba, suspenda o retire la bomba y proceda a dar la insulina mediante jeringa o pluma.

Actividad Física

¿Puede desconectarse de la bomba para las actividades deportivas? Sí No

¿Establecer una tasa basal temporal? Sí No

_____% basal temporal por _____ horas

¿Suspender el uso de la bomba? Sí No

Capacidades del estudiante con la bomba:

Recuento de carbohidratos

Cantidad correcta del bolo para los carbohidratos consumidos

Cálculo y administración del bolo correctivo

Cálculo y establecimiento de perfiles basales

Cálculo y establecimiento de la tasa basal temporal

Desconexión de la bomba

Reconexión de la bomba al equipo de infusión

Preparación del reservorio y tubos

Inserción del equipo de infusión

Solución de problemas con alarmas y mal funcionamiento

¿Independiente?

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES

Tipo de medicamento: _____ Dosis: _____ Via: _____ Horario: _____

Tipo de medicamento: _____ Dosis: _____ Via: _____ Horario: _____

PLAN DE COMIDA

Comida/Refrigerio	Horario	Contenido/cantidad de los alimentos (gramos)
Desayuno	_____	Entre _____ y _____
Refrigerio a media mañana	_____	Entre _____ y _____
Almuerzo	_____	Entre _____ y _____
Refrigerio a media tarde	_____	Entre _____ y _____

Otros momentos en los que se debe dar refrigerios, indicando contenido y cantidad:

Instrucciones para cuando se proveen alimentos a los alumnos (por ejemplo, como parte de una fiesta en el aula o un evento en el que se gustan alimentos):

¿Puede el estudiante calcular por sí mismo la cantidad de carbohidratos que consume?

- Sí, puede hacerlo independientemente
- Necesita supervisión
- Requiere que la enfermera escolar o el personal escolar capacitado le ayude

EJERCICIO Y DEPORTES

Una fuente de glucosa de acción rápida debe estar disponible en el sitio de deportes y educación física. Algunos ejemplos son tabletas de glucosa y jugo que contiene azúcar.

El estudiante debe comer 15 gramos 30 gramos otra cantidad de carbohidratos

Antes de Cada 30 minutos durante Después de la actividad física vigorosa

Otro: _____

Si el más reciente nivel de la glucosa en la sangre es menos de _____ mg/dl, el estudiante puede participar en actividad física siempre y cuando la glucosa en la sangre se corrija y es por encima de _____ mg / dl.

Debe evitar la actividad física cuando la glucosa en la sangre sea mayor que mg/dL o si las cetonas en la orina/sangre son moderadas o grandes.

(Información adicional para los estudiantes que usan la bomba de insulina se encuentra en página 6.)

PLAN DE DESASTRES

Para prepararse para un desastre imprevisto o emergencia (72 horas), obtenga un equipo de emergencia de los padres/tutores.

- Continúe siguiendo las órdenes contenidas en este DMMP.
- Pedidos adicionales de insulina de la siguiente manera: _____
- Otro: _____

Firmas

Este Plan de Atención Médica de la Diabetes ha sido aprobado por:

Médico o proveedor de atención médica del estudiante	Fecha

Yo (padre/madre/tutor) autorizo a la enfermera escolar, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros del personal designados de la escuela _____ a realizar las tareas de atención de la diabetes explicadas en el Plan de Atención Médica de la Diabetes de (estudiante) _____.

También expreso mi consentimiento para que se divulgue la información contenida en este Plan de Atención Médica de la Diabetes a todos los miembros del personal y a otros adultos que estén a cargo del cuidado de mi hijo y que necesiten conocer esta información con el fin de preservar la salud y la seguridad de mi hijo. También doy autorización a la enfermera escolar u otro profesional de salud para que pueda contactar al médico/proveedor de atención médica de mi hijo.

Aceptado y recibido por:

Madre/padre/tutor del estudiante	Fecha

Madre/padre/tutor del estudiante	Fecha

Enfermera escolar/otro profesional de salud	Fecha

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

Nombre:	Fecha:
El doctor/La doctora:	Número de registro médico:
El número de teléfono del doctor o doctora durante el día:	Durante la noche y el fin de semana:
El contacto de emergencia:	
Firma de doctores:	



Asthma and Allergy Foundation of America
aafa.org

Los colores del señal de trafico pueden ayudar usar los medicamentos de asma.



VERDE significa la zona para ir!
Usa medicina preventiva.

AMARILLO significa zona de precaución!

Agrega medicina de alivio rápido.

ROJA significa zona de peligro!

Get help from a doctor.

Mejor flujo máximo personal: _____

VAYA Utilice estos medicamentos de control diario:

<p>Tiene todos estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respiración es buena • No toz o silbido/resuello • Duerme durante la noche • Puede trabajar y jugar <p>Flujo máximo:</p> <p>De _____ a _____</p>	MEDICINA	CUÁNTO/ QUE CANTIDAD	CON QUÉ FRECUENCIA/ CUÁNDO
	PARA ASMA CON EJERCICIO, UTILICE:		

PRECAUCIÓN Continúe con la medicina de la zona verde y añada:

<p>Si tiene alguno de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Silbido/Resuello leve • Pecho apretado • Tos por la noche • Primeras señales de un resfriado • Exposición a un desencadenador conocido <p>Flujo máximo:</p> <p>De _____ a _____</p>	MEDICINA	CUÁNTO/ QUE CANTIDAD	CON QUÉ FRECUENCIA/ CUÁNDO
	LLAME A SU DOCTOR O DOCTORA DE ASMA.		

PELIGRO Tome estos medicamentos y llame a su doctor/doctora ahora.

<p>Su asma está empeorando rápidamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La medicina no esta ayudando • La respiración es difícil y rápida • La nariz se abre ampliamente • Dificultad para hablar <p>Flujo máximo:</p> <p>Numeros debajo de/ menos de _____</p>	MEDICINA	CUÁNTO/ QUE CANTIDAD	CON QUÉ FRECUENCIA/ CUÁNDO

OBTEN AYUDA DE UN DOCTOR O DOCTORA AHORA! Su doctor o doctora querrá verle en seguida. Es importante! Si no puede comunicarse con su doctor o doctora, vaya directamente a la sala de emergencia. NO ESPERE. Haga una cita con su proveedor de cuidado del asma dentro de dos días de una visita de urgencias (ER) o hospitalización.

Mi Plan de Respuesta Ante las Crisis Epilépticas



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

1er Contacto de Emergencia/Relación: _____ Teléfono: _____

2do Contacto de Emergencia/Relación: _____ Teléfono: _____

Información Sobre las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis/Sobrenombre	Qué sucede	Cuánto dura	Con qué frecuencia

Precipitantes

Medicamento Diario Para las Crisis Epilépticas

Nombre del Medicamento	Cantidad Total Diaria	Cantidad de Tab/Líquido	Cómo se toma (hora de cada dosis y cantidad)

Otros Tratamientos para las Crisis Epilépticas

Tipo de Aparato: _____ Modelo: _____ Serie# _____ Fecha de implante: _____

Terapia dietética: _____ Fecha de Inicio: _____

Instrucciones Especiales: _____

Otra Terapia: _____

Primeros Auxilios Para las Crisis Epilépticas

- Mantenga la calma, proporcione seguridad, elimine espectadores
- Mantenga las vías respiratorias despejadas, de ser posible coloque a la persona de costado, que no haya nada en la boca
- Mantenga la persona segura, retire objetos, no restrinja a la persona
- Tome el tiempo, observe, haga un registro de lo que sucede
- Permanezca con la persona hasta que se haya recuperado de la crisis
- Otro cuidado que sea necesario: _____

Llame al 911 si...

- Hay una convulsión que dure más de 5 minutos
- Se dan dos o más crisis epilépticas sin que haya recuperación entre ellas
- Los tratamientos “por razón necesaria” no funcionan en la emergencia
- Existe o se sospecha que ha habido una lesión o si la crisis ocurre dentro del agua
- La respiración, el ritmo cardíaco o el comportamiento no vuelven a lo normal
- Existe fiebre o dolor, horas o unos pocos días después de la crisis
- Otro cuidado necesario: _____

Cuando las Crisis Epilépticas Requieren Ayuda Adicional

Tipo de Emergencia (crisis largas, en grupos o repetidas)	Descripción	Qué Hacer

Tratamientos “Por Razón Necesaria” (magneto de ENV*, medicamentos)

Nombre	Cantidad Por Dar	Cuándo Darla	Cómo Darla

**Estimulador del Nervio Vago*

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la Epilepsia: _____ Teléfono: _____

Enfermera/Otro proveedor de cuidados de la salud: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____ Teléfono: _____

Atención Médica Primaria: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Instrucciones Especiales: _____

Mi firma _____ Fecha _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____

**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

↓ ↓ ↓

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

1. Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
2. Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. 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

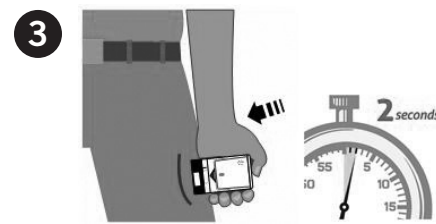
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

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

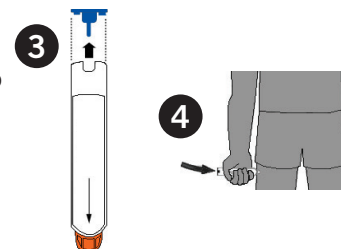
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

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.



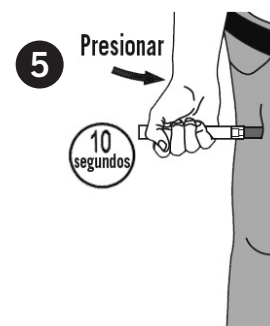
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

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 ADRENALICK®), 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: _____