



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA

Foto
Niño(a)

Nombre: _____ Edad: _____

CONTACTO PARA EMERGENCIAS

En caso de no localizar a las personas encargadas, no dude en llevar al niño a que reciba atención médica

Nombre de Padre/Madre ó Tutor _____

Teléfonos _____

Nombre del Médico Tratante _____

ALERGIAS A: _____

Debe de consumir alimentos crudos o cocidos que los contenga.

NO

Debe de consumir ninguno NI poco.

Deberá de estar en contacto con.

ALERGIAS por CONTACTO

Evitar: _____

REACCIONES ALÉRGICAS: (ej. Padece: Asma, dermatitis atópica, urticaria, anafilaxia, vomito, diarreas, colicos etc.)

Reacción severa: _____

Síntoma leves: _____

ACCIONES EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de no localizar a las personas encargadas, no dude en llevar al niño a que reciba atención médica **necesaria**.

- La llamada de emergencia la deberá de hacer el personal docente con información clara y veraz sobre lo acontecido.
- Deberá de explicar que el NIÑO/A es alérgico e informar a que alimentos específicamente (ver apartado "ALERGIAS") y cual de ellos ha **consumido/tocado/inhalado**.
- Deberá de describir los síntomas con precisión.
- Y hacerle saber, en caso de, que medicamentos se le han administrado.
- En caso de requerirse la ambulancia, el menor deberá de ser acompañado por un adulto.

AMNAA

MEDICAMENTOS AUTORIZADOS

Medicamentos y dosis prescritos según severidad de la reacción**

**Localice el tipo de reacción en el apartado "Identificación de Síntomas"

1 / 2

3 / 4

5 / 6

7

En caso de utilizar la **Epinefrina!!**, señalar "Custodio" (adulto que resguarda) inyector, localización y dosis.

IDENTIFICACIÓN DE SINTOMAS

SINTOMAS LEVES

(1 y 2)

NO IGNORARLOS, MONITORIZARLOS. OBSERVAR
POSIBLE AVANCE Y COMUNICAR A PADRES O TUTOR



1 Picazón en boca, leve sarpullido al rededor de la boca o labios, boca hinchada.



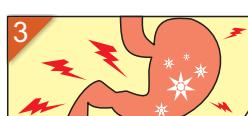
5 Garganta cerrada, ronquera, tos repetitiva, lengua/párpados/labios/orejas hinchados



2 Urticaria, ronchas, sarpullido, picor o hinchazón de extremidades u otra zona del cuerpo.



6 Respiración entrecortada, tos repetitiva, tos seca, agotamiento, labios o piel azulada



3 Nauseas, dolores abdominales, diarreas, vómitos



7 Pulso débil, presión arterial baja, desvanecimiento, palidez, labios o piel azulada



4 Picor de ojos, ojos rojos, lagrimeo, picor nasal, estornudos de repetición, moqueo abundante.

El Dr. _____
Alergólogo pediatra, con numero de consejo _____
he revisado el protocolo y prescribo medicamento de actuación.

Fecha y Firma _____

Yo (padre/madre/tutor legal) _____
autorizo los medicamentos prescritos a mi
hijo/a _____ escritos en esta ficha.

Fecha y Firma _____

AMNAA

Asociación Mexicana para Niños con Alergia Alimentaria A.C