



YMCA OF METROPOLITAN CHICAGO
INFORMACIÓN MÉDICA ESPECIAL
ALERGIA SEVERA Y PLAN DE EMERGENCIA POR ANAFILAXIA

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre del niño:		Nombre preferido del niño:	
Iniciales del segundo nombre del niño	Apellido del niño:	Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Alergia a:		Asma: <input type="checkbox"/> Sí (mayor riesgo de reacción grave) <input type="checkbox"/> No	
TENGA EN CUENTA: Generalmente se recomienda no depender de antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave, sino USAR EPINEFRINA. Si se administra epinefrina, la YMCA llamará al 911 inmediatamente.			

Extremadamente reactivo

Si esta casilla está marcada, incluso si se presentan síntomas leves después de una picadura o de comer estos alimentos, la YMCA administrará epinefrina.

Para una reacción leve a moderada, seleccione a continuación:

El medicamento administrado deberá ser determinado por el médico que autorice el tratamiento.

SIN SÍNTOMAS: Si se ha ingerido un alérgeno alimentario, pero no hay síntomas, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico	PULMÓN: Si hay dificultad para respirar, tos repetitiva o sibilancia, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico
BOCA: Si hay picazón, hormigueo o hinchazón en los labios, la lengua o la boca, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico	NARIZ: Si hay picazón o secreción nasal y estornudos, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico
PIEL: Si hay urticaria, picazón o hinchazón de la cara o las extremidades, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico	CORAZÓN: Si el pulso es filiforme, la presión arterial es baja, hay un desmayo, está pálido o azulado, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico
INTESTINO: Si hay náuseas, calambres abdominales, vómitos o diarrea, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico	OTRO: Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico
GARGANTA: En caso de opresión en la garganta, ronquera o tos seca, administrar: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico	COMBINACIÓN: Si aparecen síntomas en las diferentes zonas corporales mencionadas anteriormente, administre: <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico

Si la reacción progresa y los síntomas se vuelven más graves, administre: Epinefrina Antihistamínico

Este participante reconoce la aparición de una reacción alérgica y puede notificar a un miembro de la YMCA si se presentan síntomas. Sí No

Este participante no reconoce ni informa la aparición de una reacción alérgica. Sí No

Este participante está capacitado para administrarse su propia inyección de epinefrina. Sí No

Firma del padre/la madre/el tutor:	Fecha: ____/____/____
------------------------------------	-----------------------

Información adicional: _____
