

SOLICITUD DE REGISTROS DE SALUD

Nombre: _____

DOB: _____

Estimado Padre/Tutor,

En este paquete de salud encontrará formularios que deben actualizarse para el próximo año escolar. Estos formularios deben ser **completados y firmados por el médico del niño** y enviados a la escuela.

- Registro Universal de Salud del Niño:** examen físico realizado **en el último año.**
- Formulario de permiso para la administración de medicamentos en la escuela:** Si su hijo necesita recibir medicamentos durante el horario escolar, este formulario debe ser completado por el padre y el médico y devuelto a la escuela.
- Plan de acción para alergias de FARE:** si su hijo tiene alguna alergia, este formulario debe ser completado por el médico.
- Plan de acción contra el asma:** si su hijo tiene asma, este formulario debe ser completado por el médico.
- Plan de acción para convulsiones:** si su hijo tiene convulsiones, este formulario debe ser completado por el médico.

Si su hijo(a) **no tiene** alergias, asma, convulsiones o **no necesita** que se le administren medicamentos en la escuela, **no es necesario** completar los formularios relacionados con alergias, asma, convulsiones y medicamentos.

La Ley del Estado de Nueva Jersey (N.J.A.C. 8:57-4) requiere que se proporcionen las siguientes vacunas:

- DTaP:** 4 (cuatro) dosis con una dosis después del 4to cumpleaños, o 5 (cinco) dosis cualesquiera.
- IPV (Polio):** 3 (tres) dosis con una dosis después del 4to cumpleaños, o 4 (cuatro) dosis cualesquiera
- MMR (sarampión, paperas, rubéola):** 2 (dos) dosis.
- Varicela:** 1 (una) dosis.
- Hepatitis B:** 3 (tres) dosis.

Si su hijo(a) **no ha recibido** estas vacunas, consígalas lo antes posible y envíe una copia del informe de vacunación del médico a la escuela. **Si su hijo ha recibido estas vacunas, envíe una copia del informe de vacunación del médico a la escuela.**

Devuelva todos los formularios anteriores.

Apreciamos tu cooperación.

GBCS Nurse's Office
(732)-448-1052 ext 134

Nurse Carisma; carisma.lambert@greaterbrunswick.org

Nurse Ambika; ambika.sharma@greaterbrunswick.org

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

*Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health*

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)			
Child's Name (Last) _____ (First) _____	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth _____ / _____ / _____	
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier _____		
Parent/Guardian Name _____	Home Telephone Number () - _____	Work Telephone/Cell Phone Number () - _____	
Parent/Guardian Name _____	Home Telephone Number () - _____	Work Telephone/Cell Phone Number () - _____	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>			
Signature/Date _____		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER			
Date of Physical Examination: _____	Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Abnormalities Noted: _____	Weight (must be taken within 30 days for WIC)	_____	
	Height (must be taken within 30 days for WIC)	_____	
	Head Circumference (if <2 Years)	_____	
	Blood Pressure (if ≥3 Years)	_____	
IMMUNIZATIONS	<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____		

MEDICAL CONDITIONS		
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments _____

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

<input type="checkbox"/> <i>I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.</i>	
Name of Health Care Provider (Print) _____	Health Care Provider Stamp: _____
Signature/Date _____	

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

- a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.
- b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

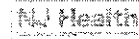
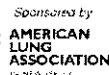
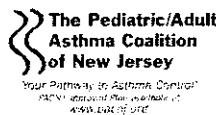
- c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.
 - d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.
 - e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.
 - f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.
 - g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.
 - h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.
4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.
- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
 - For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
 - Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.
- This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.
5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)
- Print the health care provider's name.
 - Stamp with health care site's name, address and phone number.

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

(Este plan de acción para el asma cumple los requisitos de la ley de NJ N.J.S.A. 18A-40-12.8)

(Ordenes Medicas)

(en letra de imprenta)



Nombre		Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)		Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono		Teléfono

SALUDABLE (Verde Zona) IIII



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o flujo máximo mas de _____

Tome este medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores podrían ser mas eficaces si se usan con una cámara inhaladota – úsela como fue indicada.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Advair [®] HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Aerospir [™]	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Alvesco [®] <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Dulera <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 200	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent [®] <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Qvar [®] <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Symbicort [®] <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Advair Diskus <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Asmanex [®] Twisthaler [®] <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent [®] Diskus [®] <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler [®] <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules [®] (Budesonide) <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 unidad nebulizada <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast) <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 pastilla diaria
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Ninguno	

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome _____ soplo(s) _____ minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA (Amarillo Zona) IIII



Usted tiene **alguno** de estos síntomas:

- Tos • Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Y/o flujo máximo de _____ a _____

Llame a su doctor o vaya a la sala de emergencia si la medicina de alivio rapido no lo ayuda en 15 a 20 minutos, o ha usado la medicina mas de dos veces y los síntomas persisten.

Continúe tomando su(s) medicamento(s) de control diario y AGREGUE medicamento(s) de alivio rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Albuterol MDI (Pro-air [®] or Proventil [®] or Ventolin [®])	2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex [®]	2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex [®] (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Combivent Respimat [®]	1 inhalación quatro veces al día
<input type="checkbox"/> Aumente la dosis o agregue:	
<input type="checkbox"/> Otro	

➔ Llame a su medico si necesita la medicina de alivio rápido mas de dos veces por semana, excepto antes de hacer ejercicio.

EMERGENCIA (Rojo Zona) IIII

Su asma empeora rápidamente:

- El medicamento de alivio rapido no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil o rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules
- Otro: _____

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

Tome estos medicamentos AHORA y LLAME al 911.

El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Albuterol MDI (Pro-air [®] or Proventil [®] or Ventolin [®])	4 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Xopenex [®]	4 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex [®] (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Combivent Respimat [®]	1 inhalación quatro veces al día
<input type="checkbox"/> Otro	

Disparadores
Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- Resfriados/ la influenza
- Ejercicios
- Alergias
 - › Acaros, polvo, peluches, alfombras
 - › Polen – árboles, césped, monte
 - › Moho
 - › Mascotas – caspa de animales
 - › Pestes – ratones, cucarachas
- Olores (irritantes)
 - › Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
 - › Perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
 - › Humo de la Madera
- Clima
 - › Cambios bruscos de temperatura
 - › Temperaturas extremas - caliente o fria
 - › Días de alerta ozono
- Alimentos:
 - › _____
 - › _____
 - › _____
 - › _____
- Otros:
 - › _____
 - › _____
 - › _____
 - › _____

Este plan de tratamiento para el asma ha sido diseñado para ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clínicas requeridas para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

SOLO PARA MENORES:

Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto, para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley de NJ.

Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____
(Ordenes Medicas)

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO

Save

Print

Print Only Selected Medicines

REVISADO EN AGOSTO DE 2014

Formulario de Tratamiento del Asma - American Lung Association • www.ala.org

Haga una copia para el representante y para el archivo del medico, y envíe el original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico.



**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,
mucho 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): _____

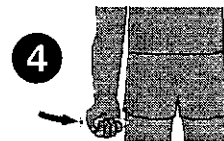
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo. 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.



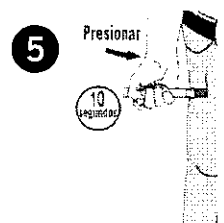
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

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.



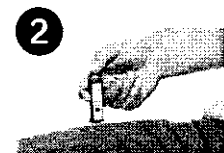
CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENACLICK®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

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: _____

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede Durante la Crisis

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen)

- Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- Notificar a la persona en caso de emergencia
- Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____
- Llamar al 911 para transporte a: _____
- Otras Notas: _____

Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- Anote que pasa _____
- Otras notas _____

Cuándo llamar al 911

- Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo llamar primero a su médico

- Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión

Cuando un medicamento de rescate sea necesario:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Líquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: Estimulación del nervio vago (VNS) Neuroestimulación Sensible (RNS)
 Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante _____

Terapia Dietética: Dieta Cetogénica Dieta de Bajo Índice Glucémico Dieta Atkins (baja en carbohidratos)
 Otra (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha _____

Firma de mi médico: _____ Fecha _____