

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

 Weight: _____ lbs. Asthma: ☐ Yes (higher risk for a severe reaction) ☐ No

**PLACE
PICTURE
HERE**

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Extremely reactive to the following allergens: _____

THEREFORE:

☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.

☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR **ANY** OF THE FOLLOWING:
SEVERE SYMPTOMS



LUNG

Short of breath,
wheezing,
repetitive cough



HEART

Pale, blue,
faint, weak
pulse, dizzy



THROAT

Tight, hoarse,
trouble
breathing/
swallowing



MOUTH

Significant
swelling of the
tongue and/or lips



SKIN

Many hives over
body, widespread
redness



GUT

Repetitive
vomiting, severe
diarrhea



OTHER

Feeling
something bad is
about to happen,
anxiety, confusion

**OR A
COMBINATION**
of symptoms
from different
body areas.



1. **INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
2. **Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS



NOSE

Itchy/runny
nose,
sneezing



MOUTH

Itchy mouth



SKIN

A few hives,
mild itch



GUT

Mild nausea/
discomfort

FOR **MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE
SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.**

FOR **MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM
AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:**

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM

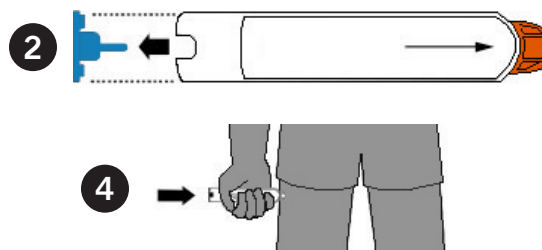
Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

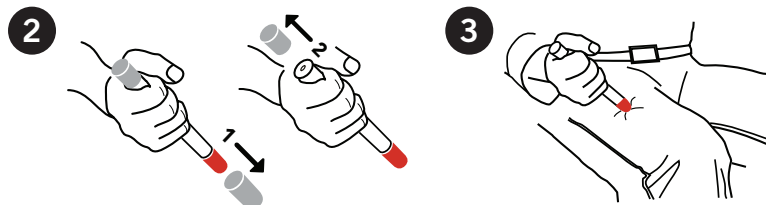
EPIPEN® AUTO-INJECTOR DIRECTIONS

1. Remove the EpiPen Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Remove the blue safety release by pulling straight up without bending or twisting it.
3. Swing and firmly push orange tip against mid-outer thigh until it 'clicks'.
4. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
5. Remove auto-injector from the thigh and massage the injection area for 10 seconds.



ADRENALINE® (EPINEPHRINE INJECTION, USP) AUTO-INJECTOR DIRECTIONS

1. Remove the outer case.
2. Remove grey caps labeled "1" and "2".
3. Place red rounded tip against mid-outer thigh.
4. Press down hard until needle enters thigh.
5. Hold in place for 10 seconds. Remove from thigh.



ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

**COLOQUE
LA IMAGEN
AQUÍ**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ libras Asma: ☐ Sí (mayor riesgo de reacción grave) ☐ No

NOTA: No dependa de agentes antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alimentos: _____

ENTONCES:

☐ Si esta opción está marcada, administre epinefrina inmediatamente en caso de que se presente CUALQUIER síntoma si existe la posibilidad de que se haya ingerido el alérgeno.

☐ Si esta opción está marcada, administre epinefrina inmediatamente si definitivamente se ingirió el alérgeno, incluso si no hay síntomas.

PARA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:
SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES
Falta de aire, sibilancia, tos reiterada



CORAZÓN
Palidez, color azulado, desmayos, pulso débil, mareo



GARGANTA
Oclusión, voz ronca, dificultad para respirar/tragar



BOCA
Hinchazón significativa de la lengua y/o los labios



PIEL
Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado



INTESTINO
Vómitos reiterados o diarrea grave



OTRA ÁREA
Sensación de que algo malo sucederá, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.



1. INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.

2. Llame al 911. Comuníqueles que el niño presenta un cuadro de anafilaxia y puede necesitar epinefrina a su llegada.

- Considere administrar más medicamentos luego de la epinefrina:
 - » Agentes antihistamínicos.
 - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancia.
- Recueste al niño, levántele las piernas y manténgalo abrigado. Si tiene problemas para respirar o vomita, hágalo sentarse o recostarse sobre un lado.
- Si los síntomas no mejoran, o regresan, pueden administrarse más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
- Avise a los contactos de emergencia.
- Lleve al niño a la sala de emergencias incluso si los síntomas desaparecen. El niño debe permanecer en la sala de emergencias durante más de 4 horas porque los síntomas podrían volver a manifestarse.

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ
Picazón/secreción nasal, estornudos



BOCA
Picazón bucal



PIEL
Algunas ronchas, picazón leve



INTESTINO
Náuseas leves/molestias

PARA SÍNTOMAS LEVES DE MÁS DE UNA DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

PARA SÍNTOMAS LEVES DE UNA ÚNICA ÁREA DEL CUERPO, SIGA LAS INDICACIONES A CONTINUACIÓN:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, si así lo indica el médico.
2. Quédese con el niño; avise a los contactos de emergencia.
3. Observe detenidamente para detectar cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: ☐ 0.15 mg por vía intramuscular
☐ 0.3 mg por vía intramuscular

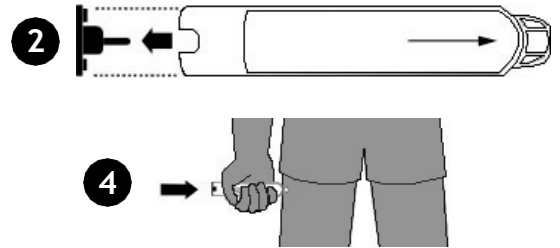
Agente antihistamínico de marca o agente antihistamínico genérico: _____

Dosis del agente antihistamínico: _____

Otro (p. ej., broncodilatador inhalable si hay sibilancia): _____

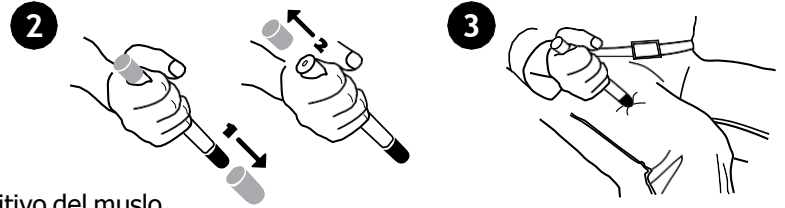
EPIPEN® (EPINEFRINA) INDICACIONES PARA EL AUTOINYECTOR

1. Retire el autoinyector EpiPen del estuche plástico.
2. Retire la tapa de seguridad azul.
3. Gire y presione firmemente la punta naranja en dirección a la parte exterior media del muslo.
4. Mantenga oprimido durante aproximadamente 10 segundos.
5. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.



ADRENALIN®/ADRENALIN® GENÉRICO INDICACIONES

1. Retire el estuche.
2. Retire las tapas grises marcadas como "1" y "2".
3. Coloque la punta redondeada roja contra la parte exterior media del muslo.
4. Presione con firmeza hasta que penetre la aguja.
5. Mantenga oprimido durante 10 segundos. Retire el dispositivo del muslo.



OTRAS INDICACIONES/INFORMACIÓN (la epinefrina se puede llevar consigo; se puede autoadministrar, etc.):

Administre el tratamiento antes de llamar a los contactos de emergencia.
Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA: LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MEDICO: _____ TELEFONO: _____

PADRE (MADRE)/TUTOR(A): _____ TELEFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACION: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE/RELACION: _____

TELEFONO: _____