

## **INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES QUE RECIBEN INYECCIONES DE ALERGIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Para los nuevos pacientes que comienzan la inmunoterapia alérgica, se preparará un suministro inicial de extracto de alergia. Cuando este suministro haya sido utilizado o haya expirado, le informaremos para que se pueda preparar un extracto adicional.

Autorizo a The Allergy Station a pedir y preparar mi extracto de alergia. Entiendo que las reacciones inesperadas o interrupciones en mi horario de inyección pueden resultar en la expiración de ciertos viales, haciendo que se rehome. Con este conocimiento, solicito que los viales se ordenen y preparen para mí y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento necesario requerido en caso de una reacción de inyección. Como mínimo, usted tendrá que tener una consulta AL MENOS UNA VEZ UN AÑO, para que se pueda pedir un nuevo extracto, y su medicamento puede ser rellenado.

Las siguientes pautas son muy importantes para la administración segura y eficaz del tratamiento de desensibilización por alergia y deben seguirse cuidadosamente.

1. Cualquier inyección puede causar una reacción de (aumento) de sibilancias, urticaria, congestión nasal, secreción nasal, vómitos o aumento significativo de la dificultad para respirar. Si esto ocurre como resultado de una inyección alérgica, generalmente ocurrirá dentro de las dos horas de la inyección. Si se produce una de estas reacciones, o si siente que se ha enfermado como resultado de una inyección de alergia, debe ponerse en contacto con nuestra oficina inmediatamente. Esto se puede hacer llamando a nuestra oficina al 916-238-6238. Además, si esto ocurre, debe ser visto antes de la siguiente inyección.
2. Cualquier inyección puede causar una reacción de enrojecimiento, hinchazón o dolor en el brazo donde recibió la inyección. Si esto ocurre el día de la inyección, es una reacción normal. Si dura hasta el día siguiente a la inyección, se debe notificar a una de las enfermeras antes de la siguiente inyección.
3. A LOS PACIENTES CON ALTA PRESION DE SANGRE, GLAUCOMA, O HEADACHE: Por favor notifique a nuestra oficina si su médico de atención primaria le da un medicamento llamado betabloqueante para el control de su presión arterial alta, glaucoma o dolor de cabeza.
4. SI HA COMENZADO CON ALGÚN MEDICAMENTO/MEDICAMENTO NUEVO DESDE SU ÚLTIMA VISITA, POR FAVOR INFÓRMENOS/LA ESTACIÓN DE ALERGIA ANTES DE LA INYECCIÓN.
5. Si tiene algún síntoma de estar enfermo, aplase sus inyecciones de alergia y programe ver al Dr. Miller antes de recibir una inyección.
6. Le recomendamos que espere en nuestra oficina durante 30 minutos después de cada inyección en caso de que haya una reacción.
7. La terapia de desensibilización generalmente toma al menos 6-12 meses antes de que se indique cualquier beneficio. La mejora a partir de entonces puede ser gradual.
8. Si se siente bien, puede recibir sus inyecciones sin esperar a ver al médico. Tendrá que responder a nuestras preguntas de seguridad sanitaria.
9. Los resultados terapéuticos óptimos pueden requerir de tres a cinco años de terapia de desensibilización. La interrupción del tratamiento antes de esto puede resultar en un mayor aumento de la recurrencia.
10. A TODOS NUESTROS PACIENTES FEMALE: No todos los medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades alérgicas han sido autorizados para su uso durante el embarazo. Si usted está planeando quedar embarazada, o está embarazada, por favor hable sobre el uso de medicamentos con su médico.
11. Si tiene alguna pregunta con respecto a sus inyecciones o sus síntomas de alergia, llame a nuestra oficina en cualquier momento y hable con el Dr. Miller o el personal. Un médico está disponible las 24 horas del día para su consulta.
12. El ejercicio vigoroso puede acelerar una reacción alérgica a la inmunoterapia para alergias. Evite cualquier actividad/ejercicio extenuante 2 horas antes y después de la inyección.
13. Los pacientes que están iniciando inyecciones de inmunoterapia para alergias deben llegar a más tardar 1 hora antes del cierre de las horas de inyección para recibir su primera inyección.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_