



Duane W. Wong, MD
Laine E. Keahey, MD
Rahul S. Rishi, DO
Marissa Ciaramitaro, PA-C
Olivia Goff, PA-C
Samar El-Sharkawy, PA-C

Darrell W. Wong, MD
Radha G. Rishi, MD
David J. Reeder, MD
Caitlin Suriano, PA-C
Rachel Schueller, PA-C
Jenna Castiglione, PA-C

ADMINISTRACIÓN DE INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS PARA EL PACIENTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estimado doctor/a:

Entendemos que el paciente mencionado anteriormente recibirá sus inyecciones de inmunoterapia con alérgenos en su oficina/clínica debido a limitaciones de ubicación/horario. Se ha demostrado en estudios controlados que la inmunoterapia con alérgenos es eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica, el asma y la hipersensibilidad a los himenópteros, pero el tratamiento no está exento de riesgos. Hemos explicado los riesgos y beneficios de la inmunoterapia al paciente antes mencionado antes de obtener su consentimiento para comenzar este tratamiento. Las reacciones adversas graves a la inmunoterapia son raras pero ocurren.

Hay algunas medidas de seguridad que debe implementar para garantizar que este tratamiento se administre en las circunstancias más seguras. Revise este y el documento adjunto antes de administrar la inmunoterapia al paciente

La inmunoterapia con alérgenos debe administrarse en un entorno donde el equipo de reanimación de emergencia y el personal capacitado estén disponibles de inmediato para tratar las reacciones sistémicas bajo la supervisión de un médico o un auxiliar médico autorizado. El paciente siempre debe esperar en el consultorio 30 (treinta) minutos después de cada inyección **sin excepción**. Si ocurriera una reacción más grave, es probable que ocurra dentro de los primeros 30 minutos después de la inyección para la alergia. Estas reacciones graves pueden ocurrir en individuos nuevos en inmunoterapia para alergias y en aquellos que han recibido inmunoterapia para alergias durante muchos años. Como no existe una buena manera de predecir cuándo/si se va a producir una reacción, el tiempo de espera debe cumplirse estrictamente.

El personal la clinica debe estar familiarizado con los siguientes procedimientos:

- Ajustar las dosis de extracto de inmunoterapia con alérgenos para minimizar las reacciones.
- Reconocimiento del tratamiento de reacciones locales y sistémicas a las inyecciones de inmunoterapia.
- CPR-Primeros Auxilios.

Continua en Pagina 2

- Educación continua del paciente en el reconocimiento y tratamiento de reacciones locales y sistémicas que ocurren fuera del consultorio del médico.

El equipo y la medicación adecuados deben estar disponibles de inmediato para tratar la anafilaxia, en caso de que ocurra. Los siguientes son equipos y medicamentos sugeridos para el manejo de las reacciones sistémicas de inmunoterapia.

- Estetoscopio y esfigmomanómetro
- Torniquete, jeringas, agujas hipodérmicas y catéteres intravenosos (p. ej., calibre 14-18)
- Epinefrina acuosa HCL 1:1000 wt./vol.
- Equipo para administrar oxígeno por mascarilla
- Configuración de líquidos intravenosos
- Antihistamínico para uso oral y/o inyección
- Corticosteroides para uso oral y/o inyección
- Glucagon kit available for patient on Beta-blockers.

Por favor ejecute y feche una copia duplicada de esta carta y devuélvala a nuestra oficina para confirmar que su oficina administrará la inmunoterapia del paciente mencionado anteriormente bajo su supervisión. Agradecemos su asistencia y cooperación en este asunto y esperamos recibir la confirmación solicitada de usted en un futuro próximo.

Atentamente,

The Providers of Arizona Allergy Associates

Duane W. Wong, MD	Darrell W. Wong, MD
Laine E. Keahey, MD	Radha G. Rishi, MD
Rahul S. Rishi, DO	David J. Reeder, MD
Marissa Ciaramitaro, PA-C	Caitlin Suriano, PA-C
Olivia Goff, PA-C	Rachel Schueller, PA-C
Samar El-Sharkawy, PA-C	Jenna Castiglione, PA-C

He revisado la información y las instrucciones de inmunoterapia con alérgenos establecidas en este documento y adjuntas y por la presente doy permiso para (Nombre de paciente)_____ reciba sus inyecciones de inmunoterapia en mi consultorio bajo mi supervisión. Además, acepto administrarlo de acuerdo con la información y las instrucciones establecidas en este documento o respaldadas por este documento.

Nombre de Proveedor Medico _____

Firma de Proveedor Medico _____

Address: _____ City, State & Zip Code: _____

Date: _____ (**Please Fax signed consent to** _____)