

## Cuestionario de alergia para padres

Por favor complete este formulario con respecto a la alergia de su hijo. Esta información será utilizada para desarrollar un plan de salud, si es necesario, y compartido con el personal apropiado. Su aporte es extremadamente importante. Gracias por su tiempo.

El/la estudiante: \_\_\_\_\_ la fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **La Historia**

---

¿a qué es alérgico su hijo??

Reacción alérgica con (por favor círculo): Contacto    inhalación    ingesta  
Por favor, describa la reacción de su hijo:

¿Cómo se diagnosticó esta alergia?    (por favor, circule)  
El análisis de sangre    prueba cutnea    la exposición

Edad de exposición/ ¿fecha de la primera reacción? \_\_\_\_\_

¿Cuántas reacciones han sido experimentadas desde entonces?

¿las reacciones empeoran cada vez?

¿ha requerido su hijo tratamiento en un departamento de emergencias?  
Si es así, por favor dé fecha/edad.

¿alguna vez se ha usado un EPI-Pen en su hijo?

¿tiene su hijo un diagnóstico de asma?

### **El Symptoma**

Por favor, revise y describa la severidad de los síntomas que su hijo experimenta:

- Dificultad respiratoria
- Dificultad para tragar
- El Sarpullido
- La nausea/Vomito/La diarrea
- la hinchazón—cuánto/ dónde

- Otro --- Sírvase describir

¿Qué tan pronto después de la exposición aparecen los síntomas?

El tratamiento/El plan

¿Cómo se trata la reacción de su hijo?

(por favor, circule)

Epi-Pen      el antihistamínico      Otro:

¿se le da a su hijo un medicamento de venta libre?

¿tendrá su hijo (a) la medicación antedicha en la escuela?

Si su hijo tiene asma, ¿estará disponible un inhalador en la escuela?

¿necesita su niño sentarse aparte de otros niños en el almuerzo que pueden tener el alérgico?

¿el aula necesita estar libre de este alérgico (es decir, libre de maní)?

La medicación en la escuela se mantiene segura en la oficina principal.

¿la severidad de la condición del estudiante requiere auto-llevar?

(los medicamentos deben ser llevados a la escuela por los padres en el envase original. El formulario de autorización para medicamentos de la escuela debe ser completado y firmado por el padre/guardián. Estos formularios se pueden encontrar en la oficina de la escuela.

Por favor, siéntase libre de compartir cualquier cosa adicional que le gustaría saber sobre su hijo:

La firma del padre: \_\_\_\_\_ La fecha:

Nombre del proveedor de atención médica:

**El telefono:**

Regrese los formularios completos a la oficina de la escuela. Atención:  
enfermera

.