

Estudiante: _____ Grado: ____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

La información obtenida en este formulario servirá para actualizar a la enfermera sobre el estado de salud de su estudiante para la planificación escolar. Una vez que haya terminado de llenar el formulario, devuélvalo a la enfermera de la escuela. Si la(s) alergia(s) no se tratan de alimentos, omita las preguntas relacionadas con los alimentos.

➤ Si su estudiante YA NO requiere un EpiPen para su alergia, debe presentarle a la enfermera de la escuela una carta hecha por un proveedor de salud para poder suspender el plan escolar de salud y los medicamentos. Si esto le aplica a usted, marque Sí aquí:

1. ¿A qué es alérgico(a) su estudiante? Cacahuates Nueces de árbol Trigo Huevos Pescado
(para cerciorarnos de la exactitud año tras año) Mariscos Leche Soya Látex Abejas/Picaduras de insectos
 Otros(as): _____

2. ¿En el último año, ha cambiado algo con respecto a la alergia (ej. Alergias nuevas o resueltas, cambio de síntomas, cambio de medicamento, nuevas prueba de alergia etc.)?: NO Sí: _____

3. ¿Cuándo y donde fue la última prueba de alergias del estudiante? _____

4. ¿Su estudiante ha tenido reacciones alérgicas en el último año? NO Sí, describa (Sea específico(a): ¿Cuándo fue? ¿Qué tan rápido ocurrió la reacción? ¿Síntomas? ¿Qué hizo? ¿Necesitó atención médica?): _____

5. Con el tiempo las reacciones: Permanecen iguales están mejorando están empeorando No sé

6. Su estudiante ha reaccionado a los alérgenos: Comiendo/Ingiriendo comida tocando comida Oliendo comida

7. Si su estudiante tiene asma, ¿cuáles son sus medicamentos actuales de asma? N/A: _____

¿Cuándo fue la última vez que necesitaron un inhalador de emergencia? _____ ¿Con qué frecuencia necesita usar un inhalador? _____

8. Si su estudiante tiene alergias ambientales o estacionales, ¿cuáles son? N/A: _____

¿Toman medicamento de alergias? NO Sí, cuál (diariamente & según sea necesario): _____

9. INDEPENDENCIA: Su estudiante...

¿Sabe cuál es su alergia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Sabe que no debe compartir o intercambiar comida o cubiertos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Le dice a un adulto si ha sido expuesto o ha tenido síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Sabe cómo utilizar su EpiPen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Sabe cómo leer las etiquetas de los alimentos y puede determinar si el alimento es libre de alérgenos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Independientemente evita los alimentos que causan una reacción alérgica? ¿Es capaz de controlar su(s) propia(s) alergia(s) independiente y eficazmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

10. ¿Cuáles medicamentos pretende suministrarle a la escuela para el próximo año escolar? (marque todos los que apliquen):
 Epinefrina: 1 o 2 Inhalador Albuterol Antihistamínico

11. Su estudiante planea llevar su propio medicamento para la escuela el próximo año? NO Sí, cuál: _____

(Requiere la autorización de una enfermera, un padre, o un proveedor de servicios de salud.)

12. ALIMENTOS Y REFRIGERIOS (SNACKS) ESCOLARES:

- ¿Usted planea que su estudiante desayune o almuerce en la escuela? Diariamente* Ocasionalmente* Nunca
(*Si dice que sí, y su estudiante tiene una alergia severa a la leche, los huevos, la soya o el trigo, por favor pídale a la enfermera un formulario de adaptación de dieta.)
- ¿Usted revisa el menú mensualmente si su estudiante compra alimentos en la escuela? NO Sí
- ¿Su estudiante necesita un área para comer que sea libre de alergias? (ej. Una zona o mesa libre de nueces)? NO Sí
- Si su estudiante es alérgico(a) a los huevos: N/A Sí, ¿Pueden comer huevos en productos de panadería? NO Sí
- **Para la escuela primaria:** ¿Usted planea mandar refrigerios(snacks) para mantenerlos en el salón en caso de eventos especiales? NO Sí

13. ACTIVIDADES Y EXCURSIONES PATROCINADAS POR LA ESCUELA:

- ¿Su estudiante estará participando en actividades patrocinadas por la escuela, en eventos o deportes fuera del horario escolar? NO Sí
- Si indica que Sí, ¿cuál? _____ (*Es la responsabilidad de los padres informarle a un adulto/entrenador sobre el estado del estudiante)
- **Para el 5º-12º grado:** ¿Su estudiante puede cargar/ aplicar su propio medicamento y controlar sus alergias?
 NO Sí* (*Se requiere autorización de una enfermera, un padre/una madre y un proveedor de servicio de salud)

14. TRANSPORTE:

- ¿Su estudiante tomará el autobús escolar para ir a la escuela? Nunca A veces Siempre
- Para los que toman el autobús, ¿su estudiante debería sentarse en la parte del frente cerca del conductor? NO Sí

15. Haga una lista de LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA para su estudiante:

(nombre)	(relación)	(número de teléfono)	(número de teléfono)
(nombre)	(relación)	(número de teléfono)	(número de teléfono)

16. Haga una lista del proveedor de salud primario y los especialistas que estén involucrados en el cuidado de su hijo(a):

Médico	Tipo de proveedor	Última fecha de visita	Número de teléfono

17. ¿Su estudiante tiene seguro médico? NO Sí, ¿cuál?

18. ¿Tiene problemas al obtener medicamentos de alergias o conectándose con un doctor? NO Sí

Firma del padre/la madre/ tutor y relación

Fecha

Correo electrónico