

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 trata(n) de alimentos, omite las preguntas relacionadas con los alimentos.

- ¿A qué es alérgico(a) su estudiante? Cacahuates Nueces de árbol Trigo Huevos Pescado
 Mariscos Leche Soya Látex Abejas/Picaduras de insectos
 Otros(as): _____
- ¿El proveedor de salud de su estudiante le ha dicho que esta alergia puede ser mortal? Sí NO
- ¿A su estudiante le han prescrito un EpiPen? Sí NO
- ¿A su alumno le han hecho pruebas de alergias? NO Sí, cuándo & dónde: _____
- ¿Su estudiante tiene Asma? NO Sí, causas: _____
¿Tienen medicina prescrita de asma?? NO Sí, cuál (diariamente & según sea necesario): _____
- ¿Su estudiante tiene alergias ambientales o estacionales? NO Sí, a que: _____
¿Toman algún medicamento para la alergia? NO Sí, cuál (diariamente & según sea necesario): _____

HISTORIAL DE REACCIONES

- ¿Cuántos años tenía su alumno cuando su primera alergia fue descubierta? _____
- ¿Su estudiante cuántas veces ha tenido una reacción? Nunca Una vez Más de una vez: _____
Fecha de la última reacción: _____
- ¿Qué tan pronto ocurrió la reacción después del tener contacto con el alérgeno? Segundos Minutos Horas Días
- Por favor describa la reacción (sea específico(a), primeras(os) y últimas(os) señales/ síntomas, tiempo después de haber sido expuesto(a), etc.): _____

- ¿Le dio medicamento? NO Sí, ¿cuál? _____
¿El medicamento resolvió la reacción? YES NO, explique: _____
- ¿Le han un EpiPen antes? NO YES, ¿cuántas dosis se administraron antes de que se resolvieran los síntomas? _____
- ¿Su estudiante ha necesitado tratamiento en una clínica u hospital por una reacción alérgica? NO Sí, describa: _____

- Con el tiempo las reacciones: Permanecen iguales Están mejorando Están empeorando No sé
- Su estudiante ha reaccionado a un alérgeno: comiendo/ingiriendo comida Tocando comida Oliendo comida

INDEPENDENCIA

16. Su estudiante:

| | |
|--|---|
| ¿Sabe cuál es su alergia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Sabe que no debe compartir ni intercambiar comida/cubiertos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Le dice a un adulto si ha sido expuesto o tiene síntomas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Sabe cómo utilizar su EpiPen? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Sabe como 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 |

COORDINACIÓN DE CUIDADO

17. 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 |
|--------|-------------------|------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

- ¿Su estudiante tiene seguro médico? NO Sí, ¿cuál? _____
- ¿Tiene problemas al obtener medicamentos de alergias o conectándose con un doctor? NO Sí

PLANEAMIENTO ESCOLAR

| Alergia a: | Gravedad: | Síntomas: | Medicamento recomendado para las reacciones: | ¿Proveerá esto a la escuela? | ¿El estudiante lo llevará por si mismo? | ¿Necesita un área libre de alergias para comer? | ¿Necesita adaptación de alimentos escolares? |
|--|---|---|---|--|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal | <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> ronchas <input type="checkbox"/> irritación <input type="checkbox"/> hormigueo <input checked="" type="checkbox"/> hinchazón, dónde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancia <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> dificultad para respirar <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómito <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> otros(as): _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Benadryl o Antihistamínico <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Otros(as): _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO. Los estudiantes comerán alimentos traídos de casa. <input type="checkbox"/> NO. El padre/la madre/ el estudiante controlará el menú y escogerá adecuadamente. <input type="checkbox"/> Sí. El alumno necesitará alimentación escolar especial. |
| | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal | <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> ronchas <input type="checkbox"/> irritación <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, dónde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancia <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> dificultad para respirar <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómito <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> otros(as): _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Benadryl o Antihistamínico <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Otros(as): _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO. Los estudiantes comerán alimentos traídos de casa. <input type="checkbox"/> NO. El padre/la madre/ el estudiante controlará el menú y escogerá adecuadamente. <input type="checkbox"/> Sí. El alumno necesitará alimentación escolar especial. |
| | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal | <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> ronchas <input type="checkbox"/> irritación <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, dónde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancia <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> dificultad para respirar <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómito <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> otros(as): _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Benadryl o Antihistamínico <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Otros(as): _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO. Los estudiantes comerán alimentos traídos de casa. <input type="checkbox"/> NO. El padre/la madre/ el estudiante controlará el menú y escogerá adecuadamente. <input type="checkbox"/> Sí. El alumno necesitará alimentación escolar especial. |
| <p>20. ¿Su estudiante participa en actividades patrocinadas por la escuela o deportes fuera del horario escolar? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí*, ¿cuál? (<i>*Es la responsabilidad de los padres informarle a un adulto/entrenador sobre el estado del estudiante.</i>)</p> <p>21. Para el 5º-12º grado: ¿Su estudiante puede cargar/ aplicar su propio medicamento y controlar sus alergias? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí* (<i>*Se requiere autorización de una enfermera, un padre/una madre y un proveedor de servicio de salud.</i>)</p> <p>22. Para la escuela primaria: ¿Tenemos su permiso para que los estudiantes sepan sobre esta alergia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>23. ¿Su estudiante toma el autobús escolar para ir a la escuela? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre Para los que toman el autobús, ¿su estudiante debería sentarse en la parte del frente cerca del conductor? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí</p> | | | | <p>24. Lista de contactos de emergencia para el estudiante (<i>nombre, vínculo, número de teléfono</i>):</p> <p>A.</p> <hr/> <p>B.</p> | | | |

Firma del padre/la madre/ tutor y relación

Fecha

Correo electrónico

