



CUESTIONARIO DE ALERGIAS Y PLAN

Fecha: \_\_\_\_\_



Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Valido por el año escolar: \_\_\_\_\_

Complete este formulario para la alergia de su hijo para que el personal pueda planear con eficacia el cuidado de su hijo mientras está en la escuela. Tenga en cuenta: si su hijo/a participa en actividades antes y después del día escolar, que incluyen: cuidado después de la escuela, actividades/viajes extracurriculares, atletismo o campamentos, es absolutamente necesario que USTED informe a los adultos supervisores de las alergias y necesidades especiales de su hijo/a. Esto es necesario porque la escuela puede no estar al tanto de todas las actividades en las que el estudiante está participando más allá del día/año escolar normal.

¿Planea que su hijo/a reciba comidas preparadas en la escuela? Si \* \_\_\_ No \_\_\_

\* Si es así, se debe completar un formulario adicional de modificación de comida para las alergias alimentarias \*

Si la reacción alérgica anafiláctica de su hijo/a se resuelve y ya no es una preocupación médica verifique en la línea, firme y devuelva el formulario.

\_\_\_\_\_ La alergia anafiláctica de mi hijo/a está resuelta.

FIRMA DEL PADRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: Marque todas las que apliquen. Nombre el alimento específico que causa la reacción.

- ☐ Nueces(lista): \_\_\_\_\_
☐ Plantas(lista): \_\_\_\_\_
☐ Comida de mar (lista): \_\_\_\_\_
☐ Frutas (lista): \_\_\_\_\_
☐ Productos lácteos (lista): \_\_\_\_\_
☐ Insectos (lista): \_\_\_\_\_
☐ Otros: \_\_\_\_\_

Mi Hijo/a tiene una reacción cuando:

- ☐ Come un alimento o comida que contenga el alérgeno alimentario.
☐ Toca una superficie contaminada con aceites del alérgeno.
☐ Respira los olores del alérgeno.

LOS SINTOMAS de la reacción alérgica/intolerancia del niño/a incluyen:

- ☐ Náuseas y vómitos
☐ Cólicos y / o dolor abdominal
☐ Hinchazón, picazón, verdugones o ronchas faciales
☐ Hinchazón de los labios, la nariz, la lengua o la garganta
☐ Cambios respiratorios: dificultad para respirar, sibilancias o tos continua
☐ Incapacidad para hablar o tragar
☐ Cara sonrojada
☐ Babeo
☐ Se queja de que la garganta se siente apretada, áspera o diferente de alguna manera
☐ Otro - DESCRIBA: \_\_\_\_\_

APARICION DE SINTOMAS:

- ☐ Inmediatamente ☐ Dentro de una hora
☐ Dentro de 15 minutos ☐ Hasta dos horas



# CUESTIONARIO DE ALERGIAS Y PLAN

Fecha: \_\_\_\_\_



Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Valido por el año escolar: \_\_\_\_\_

## PLAN DE ACCIÓN DE ALERGIA ANAFILÁCTICA

- Mi hijo/a conoce los signos y síntomas de una reacción alérgica y sabe decirle a un adulto. Por lo general, afirma que siente: \_\_\_\_\_
- Mi hijo/a lleva consigo su medicamento de emergencia y puede auto administrarse.
- Mi hijo/a dejará su medicamento de emergencia en la clínica médica de la escuela.
- Traeré una caja de refrigerios seguros para que mi hijo/a los use en el salón de clase y como sustituto de los dulces de las fiestas.
- Mi hijo/a puede comer en cualquier mesa del comedor con su clase. Mi hijo/a puede controlar por sí mismo el área por seguridad y elegir dónde sentarse para evitar una exposición.
- Mi hijo/a necesita que se le asigne un asiento en una mesa segura para alergias en la cafetería.

Si mi hijo/a ha estado expuesto al alérgeno en la escuela, el personal inmediatamente:

- Dar Benadryl \_\_\_\_\_ dosis
- Dar EPI-PEN \*

**\* El personal llamará al 911 CUANDO se entregue el EPI-PEN. Los "EMT" llevarán a su hijo/a a la sala de emergencias del hospital local más cercano para recibir más atención.**

## Memorando de entendimiento

1. Es la responsabilidad mutua de los padres y maestros revisar los menús de fiestas o de excursiones/viajes escolares.
2. Es la responsabilidad de los padres revisar el menú de la cafetería con su hijo/a.
3. Se entiende que este estudiante no debe compartir meriendas o utensilios para comer.
4. Se entiende que el padre completará y firmará este formulario anualmente.
5. Se entiende que el padre proporcionará los medicamentos de emergencia necesarios en la escuela y firmará el Formulario de consentimiento de medicación del padre/médico.
6. Es la responsabilidad de los padres notificar a la enfermera del distrito de los cambios en el plan de salud.

## PERMISO DE PADRES

Verifico que la información anterior es correcta. Doy mi permiso para compartir esta información con el personal que necesita saber. Doy mi consentimiento para intercambiar información médica con el médico del estudiante, según sea necesario.

La información es válida por UN AÑO escolar. Se requiere la firma anual de los padres.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

Nombre y número del Doctor: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia# \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_