

COMPLETE ONLY IF HISTORY OF BEE/INSECT/FOOD ALLERGIES OR ASTHMA

Upland Unified School District
History of Bee/Insect/Food Allergies

STUDENT NAME: _____ GRADE: _____ DATE OF BIRTH: _____

PARENT/GUARDIAN'S NAME: _____

HOME PHONE: _____ CELL PHONE: _____ WORK PHONE: _____

DOCTOR'S NAME: _____ PHONE: _____

BEE/INSECT/FOOD ALLERGIES

1. What type of allergies does your student have? BEE STING/INSECT OR FOOD (circle one)

If allergy is insect or food, list specific allergen: _____

2. Approximate date of last sting/bite or allergic reaction, and what was the reaction: _____

3. Was the student treated by a doctor or hospital for this? If yes, provide details: _____

4. Is medication given in case of bite/sting or allergic reaction? Yes or No (circle one)

If yes, name of medication: _____ Dose: _____

5. If your child is stung/bitten or has an allergic reaction at school, what procedure would you like us to follow? _____

ASTHMA DATA SHEET

1. Briefly describe what causes the student's asthma symptoms? (including weather conditions): _____

2. Name of medication, dosage, and how often medications taken: _____

3. Are medications to be dispensed at school? Yes or No (circle one)

4. Does your student understand their asthma and how to manage it? _____

5. How would you like the school to treat an episode of asthma if it should occur? _____

6. How often does the student have an acute episode? _____

7. If your student does not respond to medication, what action do you advise the school personnel to take? _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

COMPLETE SOLO SI HISTORIA DE ALERGIAS A LAS ABEJAS / INSECTOS / ALIMENTOS O ASMA

Distrito Escolar Unificado Upland
Historia de alergias a las abejas / insectos / alimentos

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PADRE/NOMBRE DEL TUTOR: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

ALERGIAS A LAS ABEJAS / INSECTOS / ALIMENTOS

1. ¿Qué tipo de alergias tiene su estudiante? PICADURA DE ABEJA / INSECTO O COMIDA (circule uno)

Si la alergia es a insectos o alimentos, enumera el alérgeno específico _____

2. Fecha aproximada de la última picadura / mordedura o reacción alérgica, y cuál fue la reacción. _____

3. ¿El estudiante fue tratado por un médico u hospital por esto? En caso afirmativo, proporcione detalles: _____

4. ¿Se administra medicación en caso de mordedura / picadura o reacción alérgica? Sí o No (circule uno)

5. Si le pican o muerden a su hijo o tiene una reacción alérgica en la escuela, ¿qué procedimiento le gustaría que siguiéramos? _____

HOJA DE DATOS DE ASMA

1. Describa brevemente qué causa los síntomas del asma del estudiante. (incluir condiciones climáticas): _____

2. Nombre del medicamento, dosis y con qué frecuencia se toman los medicamentos _____

3. ¿Se dispensarán medicamentos en la escuela? Sí o No (circule uno)

4. ¿Su estudiante comprende su asma y cómo manejarlo? _____

5. ¿Cómo le gustaría que la escuela tratara un episodio de asma si ocurriera? _____

6. ¿Con qué frecuencia tiene el estudiante un episodio agudo? _____

7. Si su estudiante no responde a la medicación, ¿qué acción le recomendaría al personal escolar que tome? _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____