

## **SSPPS Allergy/Anaphylaxis Questionnaire**

Please complete both sides of this form and return to the School Nurse. This form gives us a better understanding of your student's allergy or allergies and helps the health office make a plan for your child's safety at school.

---

Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

School (circle one):    SSP Secondary        Lincoln        Kaposia        CLC

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Health Care Provider: \_\_\_\_\_ Clinic: \_\_\_\_\_

---

Has a health care provider diagnosed your child with an allergy?     Yes     No

Did your child's health care provider prescribe any medications for allergic reactions?

No     Yes (check all that apply)     Epi Pen/Auvi Q         Benadryl     Zyrtec     Other (list) \_\_\_\_\_

Has a health care provider diagnosed your child with asthma?     Yes     No

**Please ✓ all that apply:**

My child is allergic to:

- |                                    |  |                                    |
|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peanuts   | <input type="checkbox"/> Milk/Dairy (different than lactose intolerance) | <input type="checkbox"/> Shellfish |
| <input type="checkbox"/> Tree Nuts | <input type="checkbox"/> Fish  | <input type="checkbox"/> Wheat     |
| <input type="checkbox"/> Egg       | <input type="checkbox"/> Soy   | <input type="checkbox"/> Latex     |

Other foods or allergens (please specify) \_\_\_\_\_

Animals or Insects (please specify): \_\_\_\_\_

Medications (please specify): \_\_\_\_\_

Environmental (please specify): \_\_\_\_\_

---

Can they eat foods that **"may contain"** their allergen(s)?     Yes     No

Can they eat foods that are **processed on the same equipment** as their allergen(s)?

Yes     No

Can they eat foods that are **processed in the same facility** as their allergen(s)?     Yes     No

Can your child eat foods that have their allergen **baked** into it (ex: eggs or milk in muffins)

Yes     No

---

When was the last time your child was treated for an allergic reaction?

How soon after contact or ingesting the allergen does your child react?

Does your child have any early-warning signs that a reaction is coming? (please list)

---

---

**TURN OVER**

Does your student know what they are allergic to/ what to avoid?  Yes  No  Unknown

Does your student know signs and symptoms of a reaction?  Yes  No  Unknown

Can your child recognize they are having an allergic reaction?  Yes  No  Unknown

Does your child know how to avoid their allergens?  Yes  No  Unknown

Does your child have a reaction if they come into physical contact with their allergen?

Yes  No  Unknown

Does your child have a reaction if their allergen is in the air?  Yes  No  Unknown

How can we help support you in teaching your child about their allergy(ies)? \_\_\_\_\_

---

---

**Please ✓ all that apply:**

My child:

- Tells other people about their allergy
- Tells an adult immediately if exposed to an allergen (if stung by a bee, ate a peanut, etc.)
- Wears a medical alert bracelet, tag, necklace, or tattoo
- Asks about ingredients in food
- Firmly refuses food from others

**Please ✓ all that apply:**

My child experiences the following symptoms when having a reaction:

**NOSE**  Itchy nose  Runny Nose  Sneezing

**MOUTH**  Itchy mouth  Swollen Lips  Swollen Tongue

**THROAT**  Tight or hoarse throat  Trouble breathing  Trouble Swallowing

**HEART**  Pale or bluish skin  Faintness  Weak Pulse  Dizziness

**LUNG**  Shortness of breath  Wheezing  Repetitive Cough

**GUT**  Mild nausea or discomfort  Vomiting  Severe diarrhea

**SKIN**  Mild/a few hives  Mild itch  Many hives  Widespread redness

**OTHER**  Feeling that something bad is going to happen  Anxiety  Confusion

Other Symptoms: \_\_\_\_\_

Is there anything else we should know about your child's allergy/ies?

---

---

For any medications to be given at school, we must have a licensed prescriber's consent form that is filled out and signed by a doctor and by a parent/guardian. This form must be completed yearly and when changes are made. If the student is going to be self-administering and/or self-carrying emergency medications, the licensed prescriber must indicate this on the medication consent form. The licensed school nurse will review proper self-administration and/or self-carry technique before the student is able to do so. All medications must be in the original container with a pharmacy label or labeled by a parent if the medication is an over-the-counter medication.

---

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de alergia / anafilaxia de SSPPS

Complete ambos lados de este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela. Este formulario nos da una mejor comprensión de las alergias o alergias de su hijo y ayuda a la oficina de salud a hacer un plan para la seguridad de su hijo en la escuela.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela (circule uno): SSP Secundaria      Lincoln      Kaposia      CLC

Padre / tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Padre / tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado alergia a su hijo?  Sí  No

¿El médico de su hijo le recetó algún medicamento para las reacciones alérgicas?

No  Sí (marque todo lo que corresponda)  Epi Pen / Auvi Q  Benadryl  Zyrtec  Otro (enumere) \_\_\_\_\_

¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado asma a su hijo?  Sí  No

### **✓ todo lo que corresponda:**

Mi hijo es alérgico a:

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cacahuetes      | <input type="checkbox"/> Leche / Lácteos (diferente a la intolerancia a la lactosa) | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Nueces de árbol | <input type="checkbox"/> Pescado  | <input type="checkbox"/> Trigo    |
| <input type="checkbox"/> Huevo           | <input type="checkbox"/> Soja   | <input type="checkbox"/> Láte     |

Otros alimentos o alérgenos (especifique) \_\_\_\_\_

Animales o insectos (especifique): \_\_\_\_\_

Medicamentos (especifique): \_\_\_\_\_

Ambiental (especifique): \_\_\_\_\_

¿Pueden comer alimentos que "pueden contener" su (s) alérgeno (s)?  Sí  No

¿Pueden comer alimentos procesados en el mismo equipo que sus alérgenos?  Sí  No

¿Pueden comer alimentos procesados en las mismas instalaciones que sus alérgenos?  Sí  No

¿Puede su hijo comer alimentos que contengan alérgenos horneados (por ejemplo, huevos o leche en panecillos)?

Sí  No

¿Cuándo fue la última vez que se trató a su hijo por una reacción alérgica?

¿Qué tan pronto reacciona su hijo después del contacto o la ingestión del alérgeno?

¿Tiene su hijo alguna señal de advertencia temprana de que se avecina una reacción? (por favor liste) \_\_\_\_\_

¿Sabe su estudiante a qué es alérgico / qué debe evitar?  Sí  No  Desconocido

¿Conoce su estudiante los signos y síntomas de una reacción?  Sí  No  Desconocido

¿Puede su hijo reconocer que está teniendo una reacción alérgica?  Sí  No  Desconocido

¿Sabe su hijo cómo evitar sus alérgenos?  Sí  No  Desconocido

¿Su hijo tiene una reacción si entra en contacto físico con su alérgeno?  Sí  No  Desconocido

¿Su hijo tiene una reacción si su alérgeno está en el aire?  Sí  No  Desconocido

¿Cómo podemos ayudarlo a enseñarle a su hijo sobre su (s) alergia (s)? \_\_\_\_\_

---

**✓ todo lo que corresponda:**

Mi niño:

- Informa a otras personas sobre su alergia.
- Le dice a un adulto de inmediato si se expone a un alérgeno (si lo pica una abeja, se comió un maní, etc.)
- Lleva un brazalete, una etiqueta, un collar o un tatuaje de alerta médica
- Pregunta sobre los ingredientes de los alimentos
- Rechaza firmemente la comida de otros

**✓ todo lo que corresponda:**

Mi hijo experimenta los siguientes síntomas cuando tiene una reacción:

**NARIZ**     Picazón en la nariz    Nariz que moquea    Estornudos

**BOCA**     Picazón en la boca    Labios hinchados    Lengua hinchada

**GARGANTA**     Garganta apretada o ronca    Dificultad para respirar    Dificultad para tragar

**CORAZÓN**     Piel pálida o azulada    Desmayo    Pulso débil    Mareos

**PULMÓN**     Dificultad para respirar    Sibilancia    Tos repetitiva

**GUT**     Náuseas leves o malestar    Vómitos    Diarrea severa

**PIEL**     Leve / algunas ronchas    Picazón leve    Muchas ronchas    Enrojecimiento generalizado

**OTROS**     Sentir que va a pasar algo malo    Ansiedad    Confusión

Otros síntomas: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que debemos saber sobre las alergias de su hijo?

---

Para que se administre cualquier medicamento en la escuela, debemos tener un formulario de consentimiento de un prescriptor con licencia que sea llenado y firmado por un médico y por un padre / tutor. Este formulario debe completarse anualmente y cuando se realicen cambios. Si el estudiante va a autoadministrarse y / o llevarse los medicamentos de emergencia por sí mismo, el recetador autorizado debe indicarlo en el formulario de consentimiento del medicamento. La enfermera de la escuela con licencia revisará la técnica adecuada de autoadministración y / o autocontrol antes de que el estudiante pueda hacerlo. Todos los medicamentos deben estar en el envase original con una etiqueta de farmacia o etiquetados por uno de los padres si el medicamento es un medicamento de venta libre.

---

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