Formulario de Evaluación de las Escuelas Públicas de Austin sobre las Alergias Alimentarias

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Fecha de Hoy

Nombre del Padre/Madre o Tutor

Número de Teléfono Donde se Pueda Localizar

Médico que le está tratando la alergia

Número de teléfono del medico

¿Cree usted que la alergia alimentaria de su hijo(a) pone en peligro su vida? Sí No

¿El médico de su hijo(a) le dijo que la alergia alimentaria puede poner en peligro su vida? Sí No

Historia y Estado Actual

Elija los alimentos que le han causado una reacción alérgica

Maní Pescado/mariscos Huevos

Maní o mantequilla de frutos secos Productos de soya Leche

Maní o aceites de frutos secos Árboles de frutos secos (nuez de Castilla, almendras, nuez pacana, etc.)

¿Cuántas veces su estudiante ha tenido la reacción? Nunca Una Vez Más de Una Vez Explique

¿Cuándo fue la última reacción?

Las reacciones alérgicas están igual empeorando mejorando

Desencadenantes y Síntomas

¿Qué tiene que pasar para que su estudiante reaccione a los alimentos problema? Marque todas las que corresponda.

Coma la comida Toque la comida Huela la comida Otro, por favor explique:

¿Cuáles son los signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? Sea específico, incluya cosas que su estudiante podría decir.

¿Qué tan rápido aparecen los signos y síntomas después de la exposición a la comida?

Segundos Minutos Horas Días

Tratamiento

¿Su estudiante alguna vez ha necesitado tratamiento en una clínica u hospital por una reacción alérgica? Sí No

Explique:

¿Sabe su estudiante cómo evitar los alimentos que le causan reacciones alérgicas? Sí No

¿Qué tratamiento o medicamento le ha recomendado usar su médico en una reacción alérgica?

¿Ha utilizado usted el tratamiento? Sí No

¿Sabe su estudiante cómo utilizar el tratamiento? Sí No

Por favor describa cualquier efecto secundario o problema que su hijo(a) haya tenido usando el tratamiento sugerido:

¿Su estudiante comerá las comidas en la escuela? Sí No

De ser así, ¿qué comidas? Desayuno Almuerzo Merienda

¿Ha contactado usted a los Servicios de Alimentos y Nutrición sobre la alergia de su hijo(a)? Sí No

¿La enfermera del edificio está informada sobre la alergia alimentaria de su hijo(a)? Sí No

Si se necesitan medicamentos en la escuela, ¿estos se le han proporcionado a la enfermera de la escuela? Sí No

¿El maestro de clase está informado sobre la alergia de su hijo(a)? Sí No

¿Qué quiere que hagamos en la escuela para ayudar a su hijo(a) a evitar los alimentos problema?

Yo doy mi consentimiento para que comparta con la clase que mi hijo(a) tiene una alergia alimentaria potencialmente mortal. Sí No

Firma del Padre de Familia o Tutor

Fecha

Por favor devuelva este formulario a tanner.lange@austin.k12.mn.us o a Servicios de Alimentos & Nutrición, Salón 105, Escuela Austin High.

For School Use/ Para Uso de la Escuela:

School Building Nurse Reviewed: Date:

Food & Nutrition Services Reviewed: Date:

Form Updated: 10/2022