

**Grandview School District
Allergy Information**

Student Name _____ Date of birth _____ Grade _____

Parent/Guardian _____ Phone _____ Cell/Work _____

Physician treating allergy _____ Phone _____

Allergen _____

1. Do you or your doctor think your child's allergy may be **life-threatening** (a reaction could affect breathing or blood pressure)?
☐No ☐Yes *(If YES, please see the school nurse as soon as possible!)*

2. Has your child ever needed treatment at a clinic or hospital for an allergic reaction? ☐No ☐Yes

3. Does your child wear a medical alert bracelet _____

4. What has to happen for your child to have a reaction? *(Check all that apply.)*

FOOD ☐eat the food ☐touch the item/food ☐smell the item/food

BEE ☐get stung

4. How many times has your child had a reaction? _____ When was the last reaction? _____

5. Are the allergic reactions: ☐staying the same ☐getting worse

6. What are the symptoms of your child's allergic reaction? *(Check all that apply; include things the child may say)*

☐ Feels scared, "something bad is going to happen"

☐ Cough

☐ Hives, itchy rash

☐ Itching or tightness in throat

☐ Wheezing

☐ Itching or swelling of lips, tongue, or mouth

☐ Swelling of face, hands, or feet

☐ Nausea, stomach cramps, vomiting, diarrhea

☐ Difficulty breathing

☐ Passes out

☐ Other: _____

7. How quickly do the symptoms appear after exposure to the allergen?

☐seconds ☐minutes ☐hours ☐days

8. Is your child aware of their allergy? _____

9. Does your child read and understand food labels? _____

10. Does your child know how to use emergency medication? _____

11. Does your child eat school lunch or bring lunch from home? _____

12. What treatment has your doctor recommended for an allergic reaction?

13. Have you ever used the medicine? ☐No ☐Yes

14. Does your child know how to use the medicine? ☐No ☐Yes

15. What should we do at school to help your child avoid allergens? _____

16. Does your child understand how to avoid allergens? ☐No ☐Yes

Parent/Guardian Signature

Date

Grandview Distrito Escolar
Información de la alergia para la escuela

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre de los padres de familia/guardián _____ Teléfono _____

El médico que trata alergia _____ Teléfono _____

Alergeno _____

1. ¿Usted o su doctor piensan que la alergia de su niño puede ser peligroso para la vida? (una reacción podía afectar a la presión arterial o la respiración)

☐ No ☐ Sí (¡Si Sí, por favor vean la enfermera de la escuela cuanto antes!)

2. ¿Ha necesitado su niño tratamiento en una clínica o un hospital para una reacción alérgica? ☐ No ☐ Sí

3. ¿Su hijo usa un brazalete de alerta médica _____

4. ¿Qué tiene que suceder para que su niño tenga una reacción alérgica? (marqué todo lo que aplique.)

COMIDA ☐ Comer el alimento ☐ toque el artículo o el alimento ☐ oliendo el artículo o alimento

☐ picada

5. ¿Cuántas veces tuvo su niño/a una reacción alérgica? _____ ¿Cuándo fue la última reacción? _____

6. ¿Las reacciones alérgicas están: ☐ permaneciendo iguales? ☐ consiguiendo peores?

7. ¿Cuáles son los síntomas de la reacción alérgica de su niño? (Compruebe todo el que aplíquese; Incluya las cosas que su niño/a podría decir.)

☐ Siente asustado, "algo malo va a suceder"

☐ Tos

☐ Colmenas de la piel, erupción que pica

☐ El picar o tirantez en garganta

☐ El Wheezing

☐ Picando o hinchándose de labios, de la lengüeta, o de la boca

☐ Hinchazón de la cara, de manos, o de pies

☐ Náusea, calambres de estómago, vomitando, diarrea

☐ Dificultad respirado

☐ Se desmaya

☐ Otro: _____

8. ¿Con qué velocidad aparecen las señales y síntomas después de la exposición al alérgico?

☐ segundos ☐ minutos ☐ horas ☐ días

9. ¿Su hijo está al tanto de su alergia?

10. ¿Su hijo lee y entiende las etiquetas de los alimentos? _____

11. ¿Su hijo come el almuerzo escolar o trae el almuerzo desde casa? _____

12. ¿Qué tratamiento tiene su doctor recomendó para una reacción alérgica?

13. ¿Usted ha utilizado la medicina? ☐ No ☐ Sí

14. ¿Su niño sabe utilizar la medicina? ☐ No ☐ Sí

15. ¿Qué debemos hacer en la escuela para ayudar a su hijo a evitar los alérgenos? _____

16. ¿Entiende su hijo cómo evitar los alérgenos? 0 No 0 Sí

Fecha de firma del padre/tutor