Simi Valley Unified School District
Student Support Services 875 E. Cochran St. Simi Valley, CA 93065 805-306-4500

Actualización del registro de salud para alergias

Estudiante _____ F.D.N. _____

Escuela _____ Grado _____

Persona llenando este formulario: _____

Nombre del médico: _____ Tel.:_____

❑ **Las alergias ya no son** un problema actual en mi hijo o hija. Por favor actualice esta información en el archivo escolar de mi hijo o hija.

Las alergias actuales incluyen:

❑ Fruta seca (por favor especifique):_____

❑ Comidas (por favor especifique): _____

❑ Piquete de abeja (por favor especifique): _____

❑ Otro (por favor especifique): _____

Síntomas que mi hijo o hija pueden experimentar (marque todas las que apliquen):

❑ Aprensión/ansiedad	❑ Garganta cerrada	❑ Mucha tos	
❑ Dificultad para tragar	❑ Silbidos al respirar	❑ Ojos rojos, llorosos	❑ Estornudos
❑ Falta de respiración/dificultad	❑ Hinchazón	❑ Cambio de voz	❑ Picazón
❑ Cambio en el color de la piel (Pálido, morado)	❑ Diarrea	❑ Ronchas	❑ Urticaria
❑ Desmayo o pérdida de conciencia	❑ Nausea	❑ Vómitos	❑ Mareos
❑ Otro			

Historial (reacción a las alergias):

❑ Ha usado Epi-pen ❑ Se ha llamado al 911/ambulancia ❑ Ha sido hospitalizado(a)

Plan para el cuidado en la escuela (marque todos los que apliquen):

❑ **NO** necesita medicina – primeros auxilios normales solamente.

❑ **Benadryl (Diphenhydramine)** – Se necesita llenar el formulario llamado "*Medication Authorization*"

❑ **Epi-Pen** - Se necesita llenar el formulario llamado "*Medication Authorization*"

❑ Necesita estar en una mesa donde no se coma maní para la hora de la merienda/almuerzo.

❑ Otro (Por favor especifique)_____

Firma del padre de familia/tutor legal _____ **Fecha**_____

Por favor devuelva este formulario, junto con todas las medicinas o formularios de autorización a la oficina de la escuela.