



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):

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

Historial (reacción a las alergias):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ha usado Epi-pen | <input type="checkbox"/> Se ha llamado al 911/ambulancia | <input type="checkbox"/> 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.