



FORMULARIO ANUAL DE HISTORIAL DE ALERGIAS

Nombre del estudiante _____

Año escolar _____

Nombre de la escuela _____

Grado _____

Según cuestionario de salud completado para su hijo, es alérgico a:

Proporcione al personal de enfermería información específica sobre las alergias y las necesidades de salud de su estudiante.

1. ¿A qué edad experimentó su hijo su primera reacción alérgica? _____

2. Indique (X) síntomas de reacción alérgica que su hijo experimentó en el pasado

___ Picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca

___ Falta de aliento, tos repetitiva, sibilancias

___ Urticaria, sarpullido con comezón, hinchazón de la cara o las extremidades

___ Desmayo, piel pálida o azulada

___ Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea

___ Otra (describir por favor)

___ Garganta cerrada, ronquera, tos seca

3. ¿Su hijo ha visitado a un médico por esta alergia? _____

4. ¿Su hijo ha sido atendido en urgencias por reacción alérgica? En caso afirmativo, ¿qué medicamento se le dio?

5. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo tuvo una reacción alérgica? _____

6. ¿Cómo se tratan las reacciones alérgicas en casa? _____

7. ¿A su hijo le han recetado un autoinyector de epinefrina (Epi-pen™ u otro)? _____

8. ¿Su hijo sabe usar el autoinyector de forma independiente? _____

9. Cuando haya ocurrido una reacción alérgica en el pasado, indique (X) la forma en que su hijo estuvo expuesto al alérgeno:

___ Comer/Consumir

___ Tocar

___ Inhalar

___ Otro (describir por favor)

Firma padre/tutor _____ Fecha _____

Revisado 7/2021