

Lake Stevens School District
**G3: Formulario de evaluación de alergias alimentarias
 para estudiantes**



Instrucciones: Para ser completado por el padre/tutor. Por favor, responda a todas las preguntas y firme y ponga la fecha en la última página para que este formulario esté completo. Este es un documento de dos páginas. ¡Gracias!

Fecha de hoy	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
Padre/Tutor	Teléfono de casa	Celular
Proveedor de atención primaria de salud		Teléfono
Alergista		Teléfono

1. Preocupación de salud

¿A qué es alérgico su hijo?

Cacahuete	Nueces de árbol	Trigo	Huevo	Pescado	Mariscos
Leche	Soya	Látex	Puede tener productos horneados con una pequeña cantidad de huevos		

Otro: _____

<p>¿Su proveedor de atención médica le diagnosticó esta condición como:</p> <p>¿Una alergia alimentaria potencialmente mortal?</p> <p>No Sí, comida: _____</p> <p>¿Como una alergia alimentaria que no pone en peligro la vida?</p> <p>No Sí, comida: _____</p> <p>¿Como una intolerancia alimentaria?</p> <p>No Sí, comida: _____</p>	<p>¿Su proveedor de atención médica le recetó a su hijo un autoinyector de epinefrina (EpiPen)?</p> <p>No Sí</p> <p>¿Tiene su hijo un diagnóstico actual de asma?</p> <p>No Sí</p> <p>¿Su hijo tiene un inhalador prescrito?</p> <p>No Sí</p>
---	---

2. Historia y estado actual

Edad del estudiante cuando descubrió la alergia por primera vez: _____

¿Cuántas veces ha tenido una reacción el estudiante? Nunca Una vez Mas de una vez

Fecha de la última reacción: _____ Describa la reacción: _____

3. Provocación y síntomas

<p>¿Cuáles son los primeros signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? (Sea específico; incluya cosas que podría decir).</p> <p>¿Cómo comunica su hijo sus síntomas?</p>	<p>¿Qué tan rápido aparecen los síntomas después de la exposición a los alimentos?</p> <p>_____ segundos _____ minutos _____ horas _____ días</p>
---	---

Marque los síntomas que su hijo ha experimentado en el pasado:

Piel:	Ronchas	Comezón	Sarpullido	Enrojecimiento	Hinchazón (cara, brazos, manos, piernas)
Boca:	Comezón		Hinchazón (labios, lengua, boca)		
Abdominal:	Náuseas		Calambres	Vómitos	Diarrea
Pulmones:	Dificultad para respirar		Tos recurrente	Sibilanci	
Garganta:	Picazón		Opresión	Ronquera	Tos
Corazón:	Pulso débil		Pérdida de consciencia		

4. Tratamiento

¿Cómo han sido tratadas las reacciones pasadas? _____

¿Qué tan efectiva fue la respuesta del estudiante al tratamiento? _____

¿Hubo una visita a la sala de emergencias? Si la respuesta es sí, explique. No Sí: _____

¿El estudiante fue ingresado en el hospital? Si la respuesta es sí, explique. No Sí: _____

5. Comidas escolares

¿Comerá su hijo el desayuno o el almuerzo escolar?

- Diariamente
- Ocasionalmente
- Nunca

¿Tiene alguna inquietud acerca de que su estudiante seleccione los alimentos y bebidas que se ofrecen en las comidas escolares? Si la respuesta es sí, explique.

- No
- Sí: _____

¿Le gustaría solicitar "adaptaciones para el servicio de alimentación escolar" para su estudiante?

No > Los Servicios de Alimentos no serán alertados y los estudiantes continuarán eligiendo sus propios alimentos sin restricciones.

Sí > Se necesita más documentación. Al marcar esta casilla, la enfermera de la escuela se comunicará con usted para completar el formulario necesario. (C6)

Opciones de asientos:

- Mesa para alergias alimentarias
- Uso de barrera de papel pergamino en la mesa/escriptorio
- El estudiante puede seleccionar por sí mismo dónde se sentará

Marque la casilla correspondiente a continuación:

A. No amenazantes para la Vida

Los estudiantes con alergias o intolerancias alimentarias que "no pongan en peligro la vida" continuarán eligiendo por sí mismos los alimentos en el desayuno o el almuerzo, a menos que se devuelva y esté archivado un formulario C6 actual: Prescripción dietética para comidas en la escuela. [El formulario C6 está disponible en línea o a través de la enfermera]

B. Amenazante para la vida

Si su estudiante tiene una alergia alimentaria que "pone en peligro la vida", se pueden proporcionar adaptaciones para las comidas escolares si hay un "Plan de reacción alérgica severa y orden de medicamentos" firmado por el médico, en el archivo.

Autorizo a la enfermera de la escuela a compartir cualquier información proporcionada en este formulario de evaluación con el proveedor de atención médica de mi hijo.

Firma del Padre / Tutor:

Fecha:

Revisado por R. N.:

Fecha:

Health Office Use: Copy and send to Food & Nutrition Services Manager if accommodations and/or diet restrictions are required.

A. NON-LIFE-THREATENING w/ Accommodations

Date sent: _____ By: _____

G3: This form (Food Allergy Assessment)

C6: Diet Prescription for Meals at School (Annually, if there are changes)

RESTRICT: _____

B. LIFE-THREATENING w/ Accommodations

Date sent: _____ By: _____

G3: This form (Food Allergy Assessment)

G1: Severe Allergic Reaction Plan & Medication Orders (Required annually)

SEVERE: _____