

Distrito Escolar de Lake Stevens  
**G4: Formulario de detección de alergias (alérgenos no alimentarios)**



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica (nombre) que trata la alergia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**1. Alergia**

Su estudiante es alérgico a: Abeja Insecto Animal Otro; especificar: \_\_\_\_\_

¿Cree que la alergia de su estudiante puede poner en peligro la vida?

No Sí (Si la respuesta es Sí, consulte a la enfermera de la escuela).

¿Cree el proveedor de atención médica de su estudiante que la alergia puede poner en peligro la vida?

No Sí (Si la respuesta es Sí, consulte a la enfermera de la escuela).

**2. Historial y estado actual**

¿A qué tipo de picadura de abeja, insecto o animal ha reaccionado su estudiante? \_\_\_\_\_

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

Por favor, describa la reacción: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última reacción? \_\_\_\_\_

Las reacciones estan: Permaneciendo igual Empeorando Mejorando

¿Alguna vez su estudiante ha necesitado tratamiento en una clínica o en el hospital por una reacción alérgica?

No Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su estudiante recibió o usó un EpiPen® u otra inyección como tratamiento?

No Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

**3. Desencadenantes y síntomas**

¿Cuáles son los signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? (Sea específico sobre las cosas que su hijo podría decir).

¿Qué tan rápido aparecen los signos y síntomas después de la picadura?

\_\_\_\_\_ Segundos \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Dias

#### 4. Tratamiento

¿Entiende su estudiante cómo evitar una picadura de abeja/mordedura de insecto/animal?

No      Sí

¿Qué haces en casa si hay una reacción a una picadura de abeja/mordedura de insecto/animal?

---

¿Qué tratamiento o medicamento le ha recomendado su proveedor de atención médica para una reacción alérgica??

---

¿Ha usado el tratamiento o medicamento?

No      Sí

¿Sabe su estudiante cómo usar el tratamiento o medicamento?

No      Sí

Describa cualquier efecto secundario o problema que haya tenido su estudiante al usar el tratamiento o medicamento sugerido.

---

Si los medicamentos van a estar disponibles en la escuela, ¿ha completado un formulario de medicamentos para la escuela?

Sí      No, necesito obtener el formulario, hacer que nuestro proveedor de atención médica lo complete y devolverlo a la escuela.

Si se necesitan medicamentos en la escuela, ¿ha traído los medicamentos o los suministros de tratamiento a la escuela?

Sí      No, necesito obtener el medicamento/tratamiento y llevarlo a la escuela.

¿Qué quiere que haga la escuela en caso de una picadura de abeja o picadura de insecto?

---

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_