



# ALERGIA SEVERA SCHOOL YEAR

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

¿A qué es severamente alérgico su hijo/a?	¿Qué <b>síntomas ha experimentado su hijo/a?</b> <input type="checkbox"/> Hinchazón facial <input type="checkbox"/> Hinchazón de garganta <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o pasar alimentos <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Sensación de ardor <input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel <input type="checkbox"/> Estornudo/resuello/tos <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Nausea/ vómito/ diarrea <input type="checkbox"/> Otro (describir a continuación): _____
¿Cuándo fue la primera reacción alérgica grave de su hijo/a?	
¿Cuándo fue la última reacción alérgica grave de su hijo/a?	
¿Cómo es la reacción de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Ingestión <input type="checkbox"/> Picadura	¿Su hijo/a ha necesitado tratamiento de emergencia o ha tenido que ser hospitalizado/a debido a una reacción alérgica severa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si es sí, ¿cuándo?
¿Tiene su hijo/a medicamentos de emergencia recetados para tratar su alergia severa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
¿Si es sí, que dispositivo tiene actualmente su hijo/a? <input type="checkbox"/> Amneal (0.15 mg) <input type="checkbox"/> Amneal (0.3 mg) <input type="checkbox"/> Auvi-Q (0.15 mg) <input type="checkbox"/> Auvi-Q (0.3 mg) <input type="checkbox"/> EpiPen Jr (0.15 mg) <input type="checkbox"/> EpiPen (0.3 mg) <input type="checkbox"/> Teva (0.15 mg) <input type="checkbox"/> Teva (0.3 mg)	¿Cómo ha sido tratada la reacción alérgica en el pasado? (Nombre(s) de medicamento, dosis y frecuencia)
¿Quién está tratando actualmente las alergias de su hijo/a? (Nombre y Número de Teléfono)	¿Su hijo/a tiene <i>asma</i> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si, ¿qué utiliza para controlar el asma de su hijo/a?
Escriba los medicamentos que toma a diario o de manera regular (incluir nombre, dosis, y frecuencia): _____ _____	
¿Hay algo más que sea importante saber sobre la salud de su hijo/a? _____ _____	

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_