



ALERGIA SEVERA SCHOOL YEAR

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Escuela: _____

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

Firma del Padre: _____ Fecha: _____