

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

*La siguiente información ayudará a Enfermería a determinar cualquier necesidad especial para su estudiante en la escuela. Una vez completado, devuelva este formulario a la Enfermería de su escuela. Si la alergia de su estudiante no está relacionada con los alimentos, omita las preguntas relacionadas.*

1. ¿A qué es alérgico su estudiante?     Cacahuets/maníes    Frutos secos    Trigo\*    Huevo entero\*  
 Huevo en productos horneados\*    Leche/Lácteos\*    Soya\*    Sésamo/ajonjolí\*    Pescado    Marisco    Látex  
 Picaduras de abejas/insectos    Otro: \_\_\_\_\_ (\* significa que se indica un formulario de prescripción dietética)
2. ¿El proveedor de atención médica de su estudiante le dijo que esta alergia podría poner en peligro su vida?    SÍ    NO
3. ¿A su estudiante le han recetado un *EpiPen*?    SÍ    NO
4. ¿Su estudiante se ha hecho pruebas de alergia?    SÍ    NO, cuándo y dónde: \_\_\_\_\_
5. ¿Su estudiante tiene asma??    SÍ    NO Provocadores: \_\_\_\_\_  
¿Les han recetado medicamentos para el asma?    SÍ    NO ¿Cuál? (según sea necesario): \_\_\_\_\_
6. ¿Su estudiante tiene alergias ambientales o estacionales?    SÍ    NO ¿A qué?: \_\_\_\_\_  
¿Toman medicamentos para la alergia?    SÍ    NO, qué (diariamente y según sea necesario): \_\_\_\_\_

**RELACIONADO CON LA COMIDA**

7. ¿Su estudiante:    Solo traerá comida de su casa    Comprará comidas escolares    Combinación de comidas del hogar y en la escuela    Requiere detener las compras (no se permiten comidas escolares)

**HISTORIAL DE REACCIONES**

8. ¿Su estudiante ha reaccionado al alérgeno por medio de:    Comer/ingerir alimentos    Tocar alimentos    Oler o inhalar alimentos
9. ¿Qué edad tenía su estudiante cuando la alergia fue descubierta por primera vez? \_\_\_\_\_
10. ¿Cuántas veces ha tenido su estudiante una reacción?    Nunca    Una vez    Más de una vez: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última reacción: \_\_\_\_\_
11. ¿Qué tan pronto se produjo la reacción después del contacto con el alérgeno?    Segundos    Minutos    Horas    Días  
 Desconocido    Otro: \_\_\_\_\_

---

12. Describa la reacción (sea específico, signos/síntomas tempranos y tardíos, tiempo desde la exposición, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. ¿Le dio medicamentos?    SÍ    NO, ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿La medicación resolvió la reacción?    SÍ    NO Explique: \_\_\_\_\_
14. ¿Se ha administrado un *EpiPen* antes?    SÍ    NO, ¿cuántas dosis se administraron antes de que se resolvieran los síntomas? \_\_\_\_\_
15. ¿Su estudiante ha necesitado alguna vez tratamiento en una clínica u hospital por una reacción alérgica?    SÍ    NO  
Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Con el tiempo las reacciones:    Permanecen igual    Mejoran    Empeoran    Desconocido

**INDEPENDENCIA ALIMENTARIA EN LA ESCUELA/MANEJO DE ALERGIAS EN LA ESCUELA**

17. El/la estudiante:

¿Sabe cuál es su alergia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sabe leer las etiquetas de los alimentos y determinar si un alimento no contiene alérgenos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Evita de forma independiente los alimentos que provocan reacciones alérgicas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

¿Necesita su estudiante asientos adaptados para alérgicos en la cafetería/aula?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Sabe que no debes compartir ni intercambiar alimentos/utensilios?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Sabe cómo avisar a un adulto si ha sufrido una exposición o está experimentando síntomas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Saber autocontrolar una reacción alérgica (a partir de 5º grado) (*Requiere orden de medicación y autorización de la enfermera, los padres y el proveedor de salud).	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

18. Teléfono

Médico	Tipo de proveedor	Visita más reciente	Teléfono

19. ¿Su estudiante tiene seguro médico?  SÍ  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

20. ¿Tiene dificultades para obtener medicamentos para la alergia o comunicarse con un médico?  SÍ  NO

21. ¿Su estudiante participa en actividades o deportes patrocinados por la escuela fuera del día escolar?

SÍ  NO \*, ¿qué?  \_\_\_\_\_

22. Para primaria: ¿Tenemos su permiso para que las/os estudiantes en el aula sepan de esta alergia?  SÍ  NO

23. Cuando viaja en autobús hacia o desde la escuela o en excursiones, ¿debe su estudiante sentarse en la parte delantera cerca del conductor?  SÍ  NO

24. CONTACTOS DE EMERGENCIA de su estudiante

(nombre)	(relación)	(teléfono)	(teléfono)
(nombre)	(relación)	(teléfono)	(teléfono)

**PLANIFICACIÓN ESCOLAR**

<b>Alergia a:</b>	<b>Gravedad:</b>	<b>Síntomas:</b>	<b>Notas</b>
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Peligro de muerte	<input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, donde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Peligro de muerte	<input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, donde: <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Peligro de muerte	<input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, donde: <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> Otro: _____	

---

*Firma y parentesco madre/padre**Fecha**Dirección de correo electrónico*