

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de hoy: _____

La información recopilada de este formulario ACTUALIZARÁ a Enfermería sobre la condición de salud de su estudiante con el propósito de planificar la escuela. Una vez completado, devuelva este formulario a Enfermería de su escuela. Si la alergia de su estudiante no está relacionada con los alimentos, omita las preguntas relacionadas con los alimentos.

- Si su estudiante YA NO necesita un *EpiPen* para su alergia, debe enviar una nota del proveedor a la Enfermería de la escuela para discontinuar su plan de salud escolar y sus medicamentos. Si este es el caso, marque Sí aquí:

1. ¿A qué es alérgico su estudiante? Cacahuets/maníes Frutos secos Trigo* Huevo entero* Huevo en productos horneados* Leche/lácteos* Soya* Sésamo/ajonjolí* Pescado Mariscos Látex
 Picaduras de abejas/insectos Otro: _____ (* significa que se indica un formulario de prescripción dietética)

2. En el último año, ¿ha cambiado algo con respecto a la alergia (es decir, alergias nuevas o resueltas, cambios en los síntomas, cambios en la medicación, nuevas pruebas de alergia, etc.)?: NO Sí: _____

3. ¿Cuándo y dónde fue la última prueba de alergia de su estudiante? _____

4. ¿Su estudiante ha tenido alguna reacción alérgica en el último año? NO Sí, describa (Sea específico: ¿Cuándo fue? ¿Con qué rapidez? ¿Qué hizo al notar la reacción? ¿Síntomas? ¿Qué se hizo para remediar? ¿Requirió atención médica?):

5. A través del tiempo, están las reacciones: Igual Mejoran Empeoran No hay reacciones nuevas

6. ¿Su estudiante ha reaccionado al alérgeno a causa de: Comer/ingerir alimentos Tocar alimentos
 Oler/inhalar alimentos

7. Si su estudiante tiene alergias ambientales o estacionales, ¿cuáles son? N/A: _____
¿Toma medicamentos para la alergia? NO Sí, cuales (según sea necesario): _____

8.

¿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 asientos adaptados para alérgicos en la cafetería/aula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Sabe que no debe compartir ni intercambiar alimentos/utensilios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Sabe cómo avisar a un/a 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 Enfermería, las/os madres/padres/tutores y el proveedor de salud).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

9. En relación con la comida:

- A. ¿Su estudiante: Solo traerá comida de su casa Comprará comidas escolares Combinación de comidas del hogar y de la escuela Necesita detener las compras (no se permiten comidas escolares)
- B. ¿Revisa el menú del almuerzo mensualmente si su estudiante compra comidas escolares? SÍ NO

10. ACTIVIDADES PATROCINADAS POR LA ESCUELA Y EXCURSIONES:

- ¿Su estudiante participará en actividades, eventos o deportes patrocinados por la escuela fuera del día escolar? SÍ NO
- En caso sí, ¿cuáles? _____

11. TRANSPORTE:

- 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

12. Contactos de emergencia para su estudiante:

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

13. Enumere el médico de cabecera y los especialistas que intervienen en la atención de su hijo:

Médico	Tipo de proveedor	Visita más reciente	Teléfono

14. ¿Su estudiante tiene seguro médico? SÍ NO ¿Cuál? _____

15. ¿Ha tenido dificultades para obtener medicamentos para la alergia o comunicarse con un médico? SÍ NO

Firma y parentesco

Fecha

Dirección de correo electrónico