



Health Services

Food Allergy Health History Form

Student: _____ ID#: _____ DOB: _____
 Parent/Guardian: _____ Date: _____
 Home Phone: _____ Work: _____ Cell: _____
 School: _____ Grade/Section: _____
 Primary Healthcare Provider: _____ Phone: _____
 Allergy Specialist: _____ Phone: _____

1. Does your child have a diagnosis of an allergy from a health care provider? No Yes

2. History and Current Status

- a. What is your child allergic to?
 Peanuts Eggs Milk Latex Soy Insect Stings
 Fish/Shellfish Tree nuts (walnuts, pecans, etc.) Chemicals:
 Vapors: _____ Other: _____
- b. Age of student when allergy first discovered: _____
- c. How many times has student had a reaction? Never Once
 More than once, explain: _____
- d. Explain their past reaction(s): _____
- e. Symptoms: _____
- f. Are the food allergy reactions: Same Better Worse

3. Triggers and Symptoms

- a. What are the early signs and symptoms of your student's allergic reaction? (Be specific; include things the student might say.) _____
- b. How does your child communicate his/her symptoms? _____
- c. How quickly do symptoms appear after exposure to food(s)? _____secs. _____mins. _____hrs. _____days
- d. Please check the symptoms that your child has experienced in the past:
Skin: Hives Itching Rash Flushing
 Swelling (face, arms, hands, legs)
Mouth: Itching Swelling (lips, tongue, mouth)
Abdominal: Nausea Cramps Vomiting Diarrhea
Throat: Itching Tightness Hoarseness Cough Wheezing
Lungs: Shortness of breath Repetitive cough
Heart: Weak pulse Loss of consciousness

4. Treatment

- a. How have past reactions been treated? _____
- b. How effective was the student's response to treatment? _____
- c. Was there an emergency room visit? No Yes, explain: _____
- d. Was the student admitted to the hospital? No Yes, explain: _____

e. What treatment or medication has your health care provider recommended for use in an allergic reaction:

f. Has your healthcare provider provided you with a prescription for medication No Yes

g. Have you used the treatment or medication? No Yes

h. Please describe any side effects or problems your child had in using the suggested treatment: _____

5. Self-Care

a. Is your child able to monitor and prevent their own exposures? No Yes

b. Does your child:

1) Know what foods to avoid No Yes

2) Ask about food ingredients No Yes

3) Read and understand food labels No Yes

4) Tell an adult immediately after an exposure No Yes

5) Wear a medical alert bracelet, necklace, watchband No Yes

6) Tell peers and adults about the allergy No Yes

7) Firmly refuse a problem food No Yes

c. Does your child know how to use emergency medication? No Yes

d. Has your child ever administered their own emergency medication? No Yes

6. Family/Home

a. How do you feel that the whole family is coping with your student's food allergy? _____

b. Does your child carry epinephrine in the event of a reaction? No Yes

c. Has your child ever needed to administer that epinephrine? No Yes

d. Do you feel that your child needs assistance in coping with his/her food allergy? No Yes

Explain: _____

7. General Health:

a. How is your child's general health other than having a food allergy? _____

b. Does your child have other health conditions _____

c. Hospitalizations? _____

d. Does your child have a history of asthma? No Yes

Explain _____

e. Please add anything else you would like the school to know about your child's health: _____

8. Notes:

Who provide health history? _____ Date: _____

Reviewed by RN: _____ Date: _____



Servicios de Salud

Formulario de historial de salud de alergia a los alimentos

Estudiante: _____ ID#: _____ Fecha de Nac.: _____

Padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Teléfono del hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Escuela: _____ Grado/Sección: _____

Proveedor primario de atención médica: _____ Tel: _____

Especialista en alergias: _____ Tel: _____

1. ¿Tiene su hijo un diagnóstico de alergia de un proveedor de servicios médicos? No Sí

2. **Historial y estado actual**

a. ¿A qué es alérgico su hijo?

- Cacahuates Huevos Leche Látex Soya Piquetes de insectos
- Pescado/Mariscos Nogales (nueces) Químicos:
- Vapores: _____ Otro: _____

b. Edad del estudiante cuando se descubrió la alergia por primera vez: _____

c. ¿Cuántas veces ha tenido una reacción su hijo? Nunca Una
 Más de una, explique: _____

d. Explique su reacción pasada: _____

e. Síntomas: _____

f. Las reacciones a los alimentos han: Seguido igual Mejorado Empeorado

3. **Provocadores y síntomas**

a. ¿Cuáles son las primeras señales y síntomas de la reacción alérgica de su hijo? (Sea específico; incluya cosas que su hijo pudiera decir.) _____

b. ¿Cómo comunica mi hijo sus síntomas? _____

c. ¿Qué tan rápido aparecen los síntomas después de tomar los alimentos? _____ segundos _____ minutos
_____ horas _____ días

d. Marque los síntomas que ha tenido su hijo en el pasado:

- Piel:** Urticaria Comezón Sarpullido Irritación
- Hinchazón (cara, brazos, manos, piernas)
- Boca:** Comezón Hinchazón (labios, lengua, boca)
- Abdominal:** Náusea Cólicos Vómito Diarrea
- Garganta:** Comezón Opresión Ronquera Toz Jadeo
- Pulmones:** Dificultad para respirar Toz repetitiva
- Corazón:** Pulso débil Pérdida del conocimiento

4. **Tratamiento**

a. ¿Cómo ha tratado las reacciones pasadas? _____

b. ¿Qué tan efectivo fue el tratamiento? _____

c. ¿Fue a la sala de emergencia? No Sí, explique: _____

d. ¿Fue su hijo internado en el hospital? No Sí, explique: _____

e. ¿Qué tratamiento o medicamento ha recomendado su proveedor de atención médica para usar en una reacción alérgica?:

f. ¿Le proporcionó una receta médica su proveedor de servicios médicos? No Sí

g. ¿Ha usado el tratamiento o el medicamento? No Sí

h. Describa los efectos secundarios o problemas que tuvo su hijo al usar el tratamiento sugerido:_____

5. Cuidado propio

a. ¿Puede su hijo supervisar y evitar comer algo que no debe? No Sí

b. ¿Su hijo?:

1) Sabe qué alimentos no comer No Sí

2) Preguntar sobre los ingredientes de los alimentos No Sí

3) Lee y entiende las etiquetas de los alimentos No Sí

4) Le dice a un adulto inmediatamente si ha comido algo a lo que es alérgico No Sí

5) Usa una pulsera, collar, correa de reloj de alerta médica No Sí

6) Comparte con sus compañeros y adultos a lo que es alérgico No Sí

7) Rechaza con firmeza los alimentos que le causan problemas No Sí

c. ¿Sabe su hijo usar medicamentos de emergencia? No Sí

d. ¿Alguna vez su hijo se ha administrado su propio medicamento de emergencia? No Sí

6. Familia/Hogar

a. ¿Cómo piensa que la familia está lidiando con la alergia de su hijo a los alimentos?_____

b. ¿Porta su hijo epinefrina en caso de reacción? No Sí

c. ¿Alguna vez su hijo necesitó administrarse la epinefrina? No Sí

d. ¿Piensa que su hijo necesita ayuda para enfrentar su alergia a los alimentos? No Sí

Explique:_____

7. Salud general:

a. ¿Cómo es la salud general de su hijo aparte de la alergia a los alimentos?_____

b. ¿Tiene su hijo otras condiciones de salud?_____

c. ¿Ha sido hospitalizado?_____

d. ¿Tiene su hijo un historial de asma? No Sí

Explique_____

e. Agregue cualquier otra cosa que desee que la escuela sepa sobre la salud de su hijo:_____

8. Notas:

¿Quién proporcionó el historial de salud?_____ Fecha:_____

Revisado por una enfermera titulada:_____ Fecha:_____