

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: _____