

Servicios de Salud

Formulario de historial de salud de alergias a los alimentos

Estudiante: _____ ID#: _____ Fecha de Nac.: _____
 Padres/tutor legal: _____ Fecha: _____
 Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Escuela: _____ Grado/Sección: _____
 Proveedor primario de servicios de salud: _____ Teléfono: _____
 Especialista en alergias: _____ Teléfono: _____

1. ¿Ha sido diagnosticado su estudiante con una alergia por un profesional de la salud? No Sí

2. Historial y situación actual

- a. ¿A qué es alérgico su hijo?
 Cacahuates Huevos Leche Latex Soya Picaduras de insectos
 Pescado/mariscos Nueces de árbol (nueces, pecanas, etc.) Químicos:
 Vapores: _____ Otro: _____
- b. Edad del estudiante cuando se descubrió la alergia por primera vez: _____
- c. ¿Cuántas veces ha tenido el estudiante una reacción? Nunca Una vez
 Más de una vez, explique: _____
- d. Explique su(s) reacciones anteriores _____
- e. Síntomas: _____
- f. Las reacciones alérgicas a los alimentos son: Igual Mejor Peor

3. Factores causantes y síntomas

- a. ¿Cuáles son los primeros signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? (Sea específico; incluya las cosas que el estudiante podría decir). _____
- b. ¿Cómo comunica su estudiante sus síntomas? _____
- c. ¿Con qué rapidez aparecen los síntomas después de haber estado expuesto a los alimentos? _____ segs.
 _____ mins. _____ hrs. _____ días
- d. Marque los síntomas que su estudiante ha presentado en el pasado:
Piel: Urticaria/Ronchas Picazón/Comezón Sarpullido Enrojecimiento
 Hinchazón (cara, brazos, manos, piernas)
Boca: Picazón/Comezón Hinchazón (labios, lengua, boca)
Abdominal: Náusea Retortijón Vómito Diarrea
Garganta: Picazón/Comezón Sensación de opresión Ronquera Tos Sibilancia
Pulmones: Dificultad para respirar Ciclos de tos repetitivos
Corazón: Pulso débil Pérdida de la consciencia

4. Tratamiento

- a. ¿Cómo se han tratado las reacciones anteriores? _____
- b. ¿Qué tan positiva fue la respuesta del estudiante al tratamiento? _____
- c. ¿Tuvo que ir a la sala de emergencia? No Sí, explique: _____
- d. ¿Tuvo que internar al estudiante en el hospital? _____ No Sí, explique: _____

e. ¿Qué tratamiento o medicamento le ha recomendado su médico que use en una reacción alérgica?:

f. ¿Le ha recetado algún medicamento su médico? No Sí

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

h. Describa cualquier efecto secundario o problema que haya tenido su estudiante al utilizar el tratamiento sugerido: _____

5. Cuidado personal

a. ¿Puede su hijo controlar y prevenir sus propias exposiciones? No Sí

b. Does your child:

1) Know what foods to avoid No Sí

2) Ask about food ingredients No Sí

3) Read and understand food labels No Sí

4) Tell an adult immediately after an exposure No Sí

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

6) Tell peers and adults about the allergy No Sí

7) Firmly refuse a problem food No Sí

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

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

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 Sí

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

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

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 Sí

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: _____