

CUESTIONARIO DE ALERGIA

Estudiante _____ Año escolar _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Maestro(a) _____ Grado _____

Padre/Tutor: _____ Relación _____

Teléfono 1 _____ 2 _____ Correo electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Médico (para alergias) _____ Teléfono _____

Hospital recomendado: _____

La siguiente información es útil para el personal del cuidado de salud de la escuela de su hijo y para determinar cualquier necesidad especial para su hijo. Por favor responda las preguntas a lo mejor de su capacidad. Si usted desea una conferencia con la oficina de salud de la escuela, por favor llame para concretar una cita. También se compartirá esta información con el personal pertinente según sea necesario.

La oficina de salud de la escuela tiene mi permiso para contactar al médico.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

1. Por favor escriba las alergias que tiene su niño

2. ¿Es esta una alergia de riesgo vital?(Circule uno) SI o NO

3. ¿Cuánto tiempo ha tenido su hijo alergias?

4. Califique la gravedad de sus alergias. (Circule uno) (no grave) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (grave)

5. Por favor escriba las señales típicas de alergias de su hijo.

POR FAVOR, COMPLETE AMBOS LADOS DEL CUESTIONARIO

6. Por favor escriba todos los medicamentos que su niño toma cada día o según sea necesario.

Nombre del medicamento

Dosis

Frecuencia

7. Si su niño no responde a la medicación, ¿qué acción aconseja debe tomar el personal de la escuela?

8. ¿Su hijo sabe cómo utilizar su pluma EPI (*EPI pen*? (si tiene una)

9. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo tuvo una reacción alérgica?

10. ¿Ha estado su hijo hospitalizado por una noche por una reacción alérgica?

11. ¿Su niño usa un brazalete de alerta médico para informar a los demás de su alergia?

12. ¿Tiene su hijo un Plan de acción para la alergia? _____ (**Esto lo completa su MD; consulte su oficina de salud para obtener el formulario que hay que llenar**)

Firma del padre/tutor: _____ Fecha en que se completó: _____

Revisado por la oficina de salud de la escuela: _____ Fecha: _____

Revisado por la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____

Fecha en la que el plan de emergencia se dio a los maestros o chofer de autobús (si es necesario) _____