

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. INDEPENDENCE: Does your student:

¿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?  No  Sí
  - 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?  No  Sí

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?  No  Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

Firma y parentesco

Fecha

Dirección de correo electrónico