

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE WHITE PLAINS

Formulario Sobre las Alergias

Fecha: _____

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

ALERGIAS: _____

¿A qué edad fue diagnosticado su niño con una alergia? _____

¿Qué doctor hizo este diagnóstico? (Pediatra / Alergista)?

Doctor Actual: Nombre _____ Fono _____

Dirección _____

¿Qué síntomas llevaron a este diagnóstico? _____

¿Ha tenido su niño una de las siguientes?

¿Prueba de la piel por alergias? Sí___ No___

¿Examen de Sangre? Sí___ No___

¿Problema con la comida? Sí___ No___

¿Está su niño actualmente tomando alguna medicina? Sí___ No___

Si es sí, por favor liste alguna medicina:

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuántas reacciones alérgicas ha experimentado su niño? _____

¿Alguna vez le ha sido administrado Epi Pen a su niño? _____

¿Ha sido alguna vez hospitalizado su niño por una reacción alérgica? _____

¿Sabe su niño sobre sus alergias? Sí___ No___

¿Ha tenido una reacción en la escuela/campamento? Yes___ No___

¿Tiene algunos temas/preocupaciones que le gustaría compartir con la enfermera? _____

¿Tiene su niño recetado un EpiPen para él/ella? Sí___ No___