



DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE WHITE PLAINS
CENTRO DE INFORMACIÓN FAMILIAR
5 Homeside Lane
White Plains, NY 10605
(914) 422-2038

FORMULARIO DE ALERGIAS

Nombre del estudiante:	Fecha de Nacimiento:
------------------------	----------------------

ALERGIAS: Por favor, detalle a continuación.

¿A qué edad le diagnosticaron una alergia a su hijo? _____

¿Qué médico hizo este diagnóstico? ¿Pediatra/alergólogo? _____

¿Nombre del médico actual? _____ ¿Número? _____

Dirección: _____

Qué síntomas llevaron a este diagnóstico: _____

Los padres deben informar DIRECTAMENTE a la enfermera de la escuela si su hijo tiene una alergia o enfermedad potencialmente mortal para garantizar su seguridad en la escuela.

¿Su hijo ha tenido uno de los siguientes?

¿Pruebas cutáneas para alergias?	Sí		No	
¿Análisis de sangre?	Sí		No	
¿Un desafío alimentario?	Sí		No	

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente?	Sí		No		
Nombre	Dosis			Frecuencia	

- ¿Cuántas reacciones alérgicas ha experimentado su hijo?
- ¿Alguna vez se le ha administrado un Epi Pen a su hijo?
- ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado por una reacción alérgica?
- ¿Su hijo es consciente de sus alergias?
- ¿Su hijo ha tenido alguna reacción en el campamento?
- ¿Tiene algún problema o inquietud que le gustaría compartir con la enfermera?
- ¿Su hijo tiene un Epi Pen recetado para él / ella?

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre o tutor legal	Fecha
------------------------------	-------------------------------	-------