

Formulario de historia clínica de alergias alimentarias familiares



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Padre/tutor legal: _____ Fecha de hoy: _____
 Tel. casa: _____ Trabajo: _____ Cel: _____
 Proveedor de atención médica primaria: _____ Tel.: _____
 Alergólogo: _____ Tel.: _____

1. ¿Tiene su hijo un diagnóstico de alergia de un profesional de la salud?: No Sí

2. Historial y situación actual

<p>a. ¿A qué es alérgico su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mani/cacahuates <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Pescado/mariscos <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Químicos _____ <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Vapores _____ <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Árbol de nogal (nueces, frutos secos, etc.) <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>b. Edad del estudiante cuando se descubrió la alergia por primera vez: _____</p> <p>c. ¿Cuántas veces ha tenido el estudiante esta reacción? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Más de una vez, explique: _____</p> <p>d. Explique las reacciones pasadas: _____</p> <p>e. Síntomas: _____</p> <p>f. Son las reacciones alérgicas a los alimentos: <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor</p>
--	--

3. Desencadenante y síntomas

- a. ¿Cuáles son los primeros signos y síntomas de la reacción alérgica de su hijo? (Sea específico; incluya cosas que el estudiante pueda decir) _____
- b. ¿Cómo comunica su hijo sus síntomas? _____
- c. ¿Qué tan rápido aparecen los síntomas después de la exposición a los alimentos? _____ seg. _____ min. _____ hrs. días
- d. Por favor, marque los síntomas que su hijo ha experimentado en el pasado:

Piel	<input type="checkbox"/> Ronchas	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Salpullido	<input type="checkbox"/> Sonrojarse	<input type="checkbox"/> Hinchazón (cara, brazos, piernas)
Boca	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Hinchazón (labios, lengua, boca)			
Abdominal	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Retortijones	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Diarrea	
Garganta	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Estrechez	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Tos	
Pulmones	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sibilancia		
Corazón	<input type="checkbox"/> Pulso débil	<input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento			

4. Tratamiento

- a. ¿Cómo se han tratado las reacciones anteriores? _____
- b. ¿Qué tan efectiva fue la respuesta del estudiante al tratamiento? _____
- c. ¿Hubo una visita a la sala de emergencias? No Sí, explique: _____
- d. ¿El estudiante fue admitido en el hospital?? No Sí: _____
- e. ¿Qué tratamiento o medicación ha recomendado su proveedor de atención médica para su uso en una reacción alérgica? _____
- f. ¿Su proveedor de atención médica le ha proporcionado una receta para medicamentos? No Sí
- g. ¿Ha usado el tratamiento o la medicina? No Sí
- h. Por favor describa cualquier efecto secundario o problema que su hijo haya tenido al usar el tratamiento sugerido: _____

5. Cuidado propio

a. ¿Es su estudiante capaz de monitorear y prevenir sus propias situaciones?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
b. Su hijo/a:		
1. Sabe que alimentos debe evitar	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
2. Pregunta sobre los ingredientes de los alimentos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
3. Lee y comprende las etiquetas de los alimentos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
4. Le dice a un adulto inmediatamente después de una situación	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
5. Use un brazalete de alerta médica, collar, reloj de pulsera	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
6. Le cuenta a sus compañeros y a los adultos acerca de la alergia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
7. Rechaza firmemente un alimento problemático	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
c. ¿Sabe su hijo cómo usar los medicamentos de emergencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
d. ¿Ha administrado su hijo(a) alguna vez su propio medicamento de emergencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

6. Familia / Casa

- a. ¿Cómo siente que su familia entera se enfrenta a la alergia alimentaria de su estudiante? _____
- b. ¿Su hijo porta epinefrina en caso de una reacción? No Sí
- c. ¿Ha necesitado su hijo alguna vez administrar epinefrina? No Sí
- d. ¿Siente que su hijo necesita ayuda para hacer frente a su alergia alimentaria? _____

7. Salud general

- a. ¿Cómo es la salud general de su hijo, además de tener una alergia a los alimentos? _____
- b. ¿Su hijo tiene otras condiciones de salud? _____
- c. ¿Hospitalizaciones? _____
- d. ¿Su hijo tiene antecedentes de asma? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿tiene un Plan de Acción para el Asma? No Sí
- e. Por favor añada cualquier otra cosa que le gustaría que la escuela supiera sobre la salud de su hijo: _____

8. Comentarios:

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Revisado por R.N.: _____ Fecha: _____