

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**La siguiente información ayudará a Enfermería a determinar cualquier necesidad especial para su estudiante en la escuela. Una vez completado, devuelva este formulario a la Enfermería de su escuela. Si la alergia de su estudiante no está relacionada con los alimentos, omita las preguntas relacionadas.**

- ¿A qué es alérgico su estudiante?  Cacahuets/maníes  Frutos secos  Trigo\*  Huevo entero\*  
 Huevo en productos horneados\*  Leche/Lácteos\*  Soya\*  Sésamo/ajonjolí\*  Pescado  Marisco  Látex  
 Picaduras de abejas/insectos  Otro: \_\_\_\_\_  
 ( \* significa que se indica un formulario de prescripción dietética )
- ¿El proveedor de atención médica de su estudiante le dijo que esta alergia podría poner en peligro su vida?  NO  SÍ
- ¿A su estudiante le han recetado un EpiPen?  NO  SÍ
- ¿Su estudiante se ha hecho pruebas de alergia?  NO  SÍ, when & where: \_\_\_\_\_
- ¿Su estudiante tiene asma?**  NO  SÍ, Provocadores: \_\_\_\_\_  
 ¿Les han recetado medicamentos para el asma?  NO  SÍ, ¿Cuál? (según sea necesario): \_\_\_\_\_
- ¿Su estudiante tiene alergias ambientales o estacionales?  NO  SÍ, ¿A qué?: \_\_\_\_\_  
 ¿Toman medicamentos para la alergia?  NO  SÍ, qué (diariamente y según sea necesario): \_\_\_\_\_

### RELACIONADO CON LA COMIDA

- ¿Su estudiante:  Solo traerá comida de su casa  Comer/ingerir alimentos  Combinación de comidas del hogar y en la escuela  Requiere detener las compras (no se permiten comidas escolares)

### HISTORIAL DE REACCIONES

- ¿Su estudiante ha reaccionado al alérgeno por medio de:**  Comer/ingerir alimentos  Tocar alimentos  Oler o inhalar alimentos
- ¿Qué edad tenía su estudiante cuando la alergia fue descubierta por primera vez?: \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces ha tenido su estudiante una reacción?  Nunca  Una vez  Más de una vez: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última reacción: \_\_\_\_\_
- ¿Qué tan pronto se produjo la reacción después del contacto con el alérgeno?  Segundos  Minutos  Horas  
 Días  Desconocido  Otro: \_\_\_\_\_
- Describe la reacción (sea específico, signos/síntomas tempranos y tardíos, tiempo desde la exposición, etc.):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ¿Le dio medicamentos?  NO  SÍ, ¿Cuál?  
 ¿La medicación resolvió la reacción?  SÍ  NO, Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Se ha administrado un EpiPen antes?**  NO  SÍ, ¿cuántas dosis se administraron antes de que se resolvieran los síntomas? \_\_\_\_\_
- ¿Su estudiante ha necesitado alguna vez tratamiento en una clínica u hospital por una reacción alérgica?**  NO  SÍ, Describa:  
 \_\_\_\_\_
- Con el tiempo las reacciones:  Permanecen igual  Mejoran  Empeoran  Desconocido

### INDEPENDENCIA ALIMENTARIA EN LA ESCUELA/MANEJO DE ALERGIAS EN LA ESCUELA

17. El/la estudiante:

¿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
<b>¿Necesita su estudiante asientos adaptados para alérgicos en la cafetería/aula?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Sabe que no debes compartir ni intercambiar alimentos/utensilios?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Sabe cómo avisar a un 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 la enfermera, los padres y el proveedor de salud.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No

## COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

18. Teléfono:

Médico	Tipo de proveedor	Visita más reciente	Teléfono

19. ¿Su estudiante tiene seguro médico?  NO  Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
20. ¿Tiene dificultades para obtener medicamentos para la alergia o comunicarse con un médico?  NO  Sí
21. ¿Su estudiante participa en actividades o deportes patrocinados por la escuela fuera del día escolar?  
 NO  Sí\*, ¿qué? \_\_\_\_\_
22. Para primaria: ¿Tenemos su permiso para que las/os estudiantes en el aula sepan de esta alergia?  NO  Sí
23. **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
24. CONTACTOS DE EMERGENCIA de su estudiante

(Nombre) (Relación)	(Teléfono)	(Teléfono)
(Nombre) (Relación)	(Teléfono)	(Teléfono)

## PLANIFICACIÓN ESCOLAR

Alergia a:	Gravedad:	Síntomas:	Notas
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Peligro de muerte	<input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, donde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Peligro de muerte	<input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, donde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Peligro de muerte	<input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> hinchazón, donde: _____ <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Mareos. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Firma y parentesco madre/padre

Fecha

Dirección de correo electrónico