

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 Yes
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