BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
632 South Bedford Rd • Bedford, NY 10506
914-241-6000 • www.bcsdny.org
Inspiring and Challenging Our Students

Dr. Robert Glass, *Superintendent of Schools*
Dr. Louis Corsaro, *Medical Director*

Historial de Alergias Alimentarias

Nombre del Estudiante: _____ Grado/Maestra(o): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre de Médico de Cabecera/ Alergóloga: _____

1. ¿A que es alérgico su hijo(a)?

2. ¿La alergia es ☐ **táctil** ☐ **ingesta** ☐ **aerotransportada?** (Marque todo lo que corresponda)

3. Marque los síntomas que su hijo ha experimentado en el pasado:

   ☐ **Piel:** urticaria localizada, urticaria sistémica (todo el cuerpo), picazón, erupción, enrojecimiento, hinchazón de los ojos / cara / manos / brazos / piernas
   ☐ **Boca**: picazón, hinchazón obstructiva de los labios / lengua / boca
   ☐ **Abdominal:** nauseas, calambres, vómitos, diarrea
   ☐ **Garganta:** picazón, opresión, ronquera, tos, dificultad para tragar
   ☐ **Pulmones:** dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias
   ☐ **Corazón:** dolor u opresión en el pecho, pulso débil, mareos, confusión, palidez, perdida de conciencia, cianosis (azulado)
   ☐ **Sentimiento generalizado de perdición / o que algo malo va a suceder.**

4. ¿Qué edad tenía su hijo cuando se descubrió la alergia? ¿Cómo se descubrió?

5. ¿Cuántas veces ha tenido su hijo una reacción leve que requirió el uso de un antihistamínico? (es decir, Benadryl) ¿Qué síntomas tenía su hijo en ese momento?

6. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción **anafiláctica (reacción grave)**? ¿Requirió el uso de una pluma de epinefrina? Si es así, ¿cuántas veces?

7. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o enviado a la sala de emergencias relacionado con su alergia alimentaria? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

8. ¿Cuáles son los primeros síntomas de que su hijo tenga una reacción alérgica?

BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
632 South Bedford Rd • Bedford, NY 10506
914-241-6000 • www.bcsdny.org
Inspiring and Challenging Our Students

Dr. Robert Glass, *Superintendent of Schools*
Dr. Louis Corsaro, *Medical Director*

9. ¿Cómo comunica su hijo sus síntomas?
10. ¿Se le permite a su hijo tocar, jugar o comer con alimentos utilizados en las actividades del salón de clases que pueden haber sido procesados en las mismas instalaciones que el alérgeno que tiene su hijo? ¿Su hijo puede comer alimentos que tienen una advertencia de alergia alimentaria en el paquete?
11. ¿Necesita su hijo sentarse en una mesa libre de nueces a la hora del almuerzo? ☐ Si ☐ No
12. ¿Su hijo es asmático? Si es así, ¿alguna vez ha sido hospitalizado debido a un episodio asmático? ¿Se le ha recetado un inhalador de rescate y usan una cámara aerodinámica?

Lista de Verificación

- El Plan de acción para alergias alimentarias se proporcionó y revisó con la enfermera escolar, quien lo revisará con los maestros de primaria.
- Se han proporcionado dos bolígrafos de epinefrina junto con una receta médica a la enfermera escolar. o Si mi hijo es asmático, se le ha proporcionado a la enfermera escolar un inhalador de rescate con una cámara de aire.
- Es mi responsabilidad recoger las plumas de epinefrina de mi hijo al final del año escolar de la enfermera escolar.
- **Proporcione al maestro de su hijo una opción de comida segura (que debe mantenerse en el salón de clases) para todas las celebraciones de cumpleaños y días festivos o eventos especiales del salón de clases.**

Nombre del padre: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____