



Informaciòn de Alèrgias para la Escuela

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Padres/Guardiàn: _____ Telèfono(s): _____

El Mèdico que trata la alergia: _____ Telèfono: _____

1. ¿Usted o su doctor piensan que la alergia de su estudiante puede ser peligroso por su vida? (una reacciòn podìa afectar a la presiòn arterial o la respiraciòn) SÌ No
2. ¿Ha necesitado su estudiante tratamiento en una clinica o un hospital para una reacciòn alèrgica? SÌ No
3. Enumere, por favor, todas las cosas que han causado una reacciòn alèrgica:

4. ¿Que tiene que suceder para que su estudiante tenga una reacciòn alèrgica? (marquè todo lo que aplique)
 Comer ciertos alimentos Contacto con ciertos articulos o alimentos Oliendo ciertos articulos o alimentos Picaduras de abeja

5. ¿Cuàntas veces tuvo su estudiante una reacciòn alèrgica? _____ ¿Cuàndo fue la ùltima? _____

6. ¿Las reacciònès alèrgicas estàn: permaneciendo iguales? mejorando? empeorando?

7. ¿Cuàles son las sìnromas de la reacciòn alèrgica de su estudiante? (marque todo lo que aplique)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pànico, "algo malo va a suceder" | <input type="checkbox"/> Hinchazòn de la cara, manos, o pies |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Nàusea, calambres de estòmago, vomitando, diarrea |
| <input type="checkbox"/> Comezones, erupciòn de ronchas | <input type="checkbox"/> Dificultad en respiraciòn |
| <input type="checkbox"/> Se desmaya | <input type="checkbox"/> Comezon o hinchazon de los labios, lengua, o la boca |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

8. ¿Con què velocidad aparecen las señaes y sìnromas despuès de la exposiciòn al alergènico?

- Segundos Minutos Horas Dìas

9. ¿Què tratamiento recomendò su doctor para una reacciòn alèrgica?

10. ¿Usted ha utilizado la medicina? SÌ No

11. ¿Su estudiante sabe utilizar la medicina? SÌ No

12. ¿Què debemos/podemos hacer en la escuela para ayudar a su estudiante a evitar los alergènicos? _____

13. ¿Su estudiante entiende còmo evitar los alergènicos? SÌ No

14. Otra informaciòn: _____

Firma de padres/guardiàn: _____ Fecha: _____