



ENCUESTA ANUAL PARA PADRES DE ALERGIA GRAVE

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre): _____

Escolar: _____ Grado: _____

Entiendo que es mi responsabilidad renovar este formulario antes de cada año escolar y cada vez que cambien las necesidades médicas de mi hijo.

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha: _____

ALÉRGICO

Mi hijo es alérgico a: _____

Mi hijo reacciona al alérgeno cuando: Cometelo inhalalo tócalo otro _____

Mi hijo tuvo su primera reacción alérgica a la edad: _____

La reacción alérgica más reciente de mi hijo fue en esta fecha: _____

Describa los síntomas de una reacción alérgica que su hijo tuvo en el pasado:

- picazón, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca
- urticaria, sarpullido con picazón, hinchazón de la cara o las extremidades
- náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea
- opresión en la garganta, ronquera, tos seca
- dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias
- desmayo, pálido, azul
- otro _____

Tratamiento de reacciones alérgicas:

¿Su hijo ha visitado a un médico por esta alergia? no sí

En caso afirmativo, describa el tratamiento médico proporcionado: _____

Nombre del médico: _____

¿Su hijo ha recibido atención en la sala de emergencias por una reacción alérgica? no sí

En caso afirmativo, describa el tratamiento médico proporcionado: _____

¿Cómo se tratan las reacciones alérgicas en casa? _____

¿Tiene su hijo un autoinyector de epinefrina en casa? no síEn caso afirmativo, ¿sabe su hijo cómo utilizar el autoinyector de epinefrina? no sí¿Alguna otra sugerencia que pueda hacer el personal de la escuela en respuesta a que su hijo tenga una reacción alérgica?
_____¿Podemos compartir la información sobre alergias de su hijo con sus compañeros de clase? no sí