



Historial de alergias graves y formulario de admisión

Nombre del estudiante: _____ FDN: ____/____/____ Grado: _____

Nombre del médico que trata las alergias del estudiante: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor: _____ Información de contacto: _____

Contacto de emergencia: _____ Información de contacto: _____

Historia y estado actual:

¿Su hijo tiene antecedentes de asma? Sí No

La alergia ha sido confirmada mediante : prueba RAST Pruebas cutáneas Diagnóstico médico

El estudiante es alérgico a (marque todo lo que corresponda):

Maní Nueces Huevos Leche/lácteos Pescado/Mariscos Soja

Trigo Picaduras de insectos Látex Químico Otro: _____

Edad/fecha en que se descubrió la alergia por primera vez: _____

¿Cuántas veces el estudiante ha tenido una reacción? Nunca Una vez Más de una vez, explique: _____

Explique las reacciones y los síntomas pasados: _____

Desencadenante y síntomas:

¿Cuáles son los primeros signos y síntomas de una reacción alérgica en un estudiante? _____

¿Qué tan rápido aparecen los síntomas después de la exposición? _____

¿Cómo comunica el estudiante los síntomas/qué podría decir su estudiante durante una reacción? _____

Marque *todos* los síntomas que el estudiante haya experimentado en el pasado :

Piel : Picazón Urticaria/sarpullido Enrojecimiento Hinchazón (cara/brazos/manos/piernas)

Boca/Garganta: Picazón Opresión Ronquera Hinchazón (garganta/labios/lengua)

Abdominal: Náuseas Vómitos Diarrea Dolor abdominal/calambres

Pulmones : Sibilancias Tos repetitiva Dificultad para respirar/Falta de aire

Corazón : Pulso débil Pérdida del conocimiento

Otro : _____

Tratamiento:

¿Qué tratamiento o medicamento le ha recomendado/recetado su proveedor de atención médica para una reacción alérgica? _____

¿Cómo se han tratado las reacciones pasadas? _____

¿Le han administrado una inyección de epinefrina (como Epi Pen) por una reacción pasada? Sí No



Historial de alergias graves y formulario de admisión

Plan de tratamiento escolar:

¿Proveerán medicamentos que se mantendrán en la escuela? Sí No

Qué medicamentos: Epinefrina (medicamento/dosis/vía): _____

Antihistamínico (medicamento/dosis/vía): _____

¿Dónde se guardarán los medicamentos?

El estudiante lo llevará consigo (completará el formulario de medicación de autoadministración)

Oficina de Salud (completar formulario de administración de medicamentos)

Tratamiento de los síntomas:

Boca/Garganta: Picazón, opresión, ronquera, tos, hinchazón (labios/lengua/boca)

antihistamínico EpiPen

Piel: Urticaria/sarpullido, picazón, enrojecimiento, hinchazón (cara/brazos/manos/piernas)

antihistamínico EpiPen

Abdominal: Náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales

antihistamínico EpiPen

Pulmones: Dificultad para respirar, dificultad para respirar, sibilancias, tos repetitiva

antihistamínico EpiPen

Corazón: Pulso débil, pérdida del conocimiento, desmayo, palidez

antihistamínico EpiPen

General: Pánico, fatiga repentina, escalofríos, miedo a una muerte inminente

antihistamínico EpiPen

Si se ha ingerido un alérgeno alimentario, pero no hay síntomas:

antihistamínico EpiPen

Si una reacción está progresando (varias de las áreas anteriores afectadas):

antihistamínico EpiPen

Para alergias alimentarias

Meriendas/golosinas en el aula de otros estudiantes:

Las Escuelas Públicas de Lawrence recomiendan encarecidamente que los padres/tutores proporcionen a los estudiantes de primaria con alergias alimentarias conocidas un suministro de refrigerios y/o golosinas individualizadas.

____ Proporcionaré **todos** los refrigerios/golosinas de mi hijo. él/ella/ellos no deben comer otros refrigerios/golosinas en la escuela.

____ No **proporcionaré** refrigerios/golosinas a mi hijo. Entiendo que los empleados del distrito escolar **NO** serán responsables de leer las etiquetas de ingredientes de los refrigerios/golosinas ni de preguntar qué ingredientes se usaron en los refrigerios/golosinas caseros.

Asientos en el comedor: una opción para los estudiantes jóvenes con alergia grave al maní y las nueces es sentarse en una mesa designada sin maní ni nueces.

____ Mi hijo debe sentarse en una mesa “libre de maní, nueces y alérgenos”

____ Mi hijo NO necesita sentarse en una mesa “libre de maní, nueces y alérgenos”

El Distrito Escolar de Lawrence recomienda este cuestionario como una herramienta para ayudar a preparar un Plan de atención médica individualizado para el estudiante, **no como garantía** de que se evitará el contacto con la sustancia ofensiva. Si ocurre una reacción alérgica en la escuela, se lo notificaremos además de darle los medicamentos ordenados por los padres o el médico. Alentamos a todos los estudiantes con alergias graves identificadas a tener medicamentos de emergencia disponibles en la escuela mediante una orden médica requerida.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____