

Procedimientos de los Servicios de Salud del Distrito 56 de Gurnee

FORMA ANUAL DE EVALUACION DE ALERGIAS

Esta información nos ayudará a desarrollar un plan de cuidado de salud para su hijo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MAESTRO: _____ GRADO: _____
DOCTOR: _____ TELEFONO _____
MEDICAMENTOS QUE UTILIZA: _____

ALERGIAS SEVERAS: _____

ALERGIAS: _____

¿Ha tenido su hijo una reacción alérgica de vida o muerte? Sí _____ No _____

Si contestó que sí, ¿cuándo? Describa: _____

¿Ha visitado su hijo al doctor debido a una alergia mortal? _____

¿Ha recibido su hijo un examen médico referente a esta alergia? _____

¿Cómo le puede afectar la condición alérgica de su hijo en el rendimiento escolar o participación en actividades? _____

¿Tiene documento permitiendo a su hijo que coma en mesa regular en vez de mesa especial? _____

¿Tiene nota médica que autoriza que su hijo permanezca dentro de la escuela todo el tiempo? _____

¿Le gustaría que los demás niños en su salón de clases conozcan sobre la alergia de su hijo? _____

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros? _____

Durante horas de escuela, mi hijo...

Necesita ayuda ___ Es independiente ___ hace decisiones apropiadaa sobre sus alimentos durante el almuerzo/aperitivos/fiestas escolares.

Necesita ayuda ___ Es independiente ___ en paseos escolares/actividades fuera de la escuela.

Necesita ayuda ___ Es independiente ___ administrando y cargando cuidadosamente el **Epi-Pen**

Su hijo necesita una nota del doctor para poder sentarse en una mesa regular durante el almuerzo. Si ocurre una reacción alérgica en la que sea necesario administrar el Epi-Pen, se llamará al número 911 de emergencia.

Firma del Padre: _____ Fecha _____
