

Historia de Alergias a los Alimentos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Maestro/a: _____

Es alérgico a: _____

- ¿Es su hijo/a asmático? Si** No **Mayor riesgo de reacción grave
- ¿Tiene su hijo/a reacciones a la contaminación cruzada? Si No
- ¿Tiene su hijo/a reacciones a la contaminación transmitida por el aire? Si No
- ¿Cuándo y cómo usted se enteró de la alergia?

-
- ¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a ha tenido una reacción?

-
- Describa las causas y síntomas de la reacción:

-
- ¿Que tipo de tratamiento médico debe ser proporcionado para su hijo/a?
 Epinefrina Antihistamínico Otro: (por favor indique) _____
 - ¿Necesita su hijo/a un área para comer libre de alérgenos? Si No
 - Me gustaría que el medicamento de emergencia de mi hijo/a se mantenga:
 Oficina de la Escuela Salón Oficina de la Escuela y Salón
 - Si el medicamento de emergencia se mantiene en el salón, el medicamento debe ser transportado por personal de la escuela donde quiero que ande mi hijo/a adentro de la escuela: Si No
 - Me gustaría acompañar a mi hijo/a en las excursiones: Si No
 - Los estudiantes en el salón deben ser alentados a lavarse las manos al llegar a la escuela y después de comer: Si No
 - Yo voy a ofrecer una merienda libre de alérgicos que no sea refrigerado para que este disponible en el salón, si es necesario: Si No

Por favor indique otros alojamientos necesarios en la escuela u otras inquietudes que nos quiera comunicar:

Firma de Padre: _____ Fecha: _____