



## 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:** \_\_\_\_\_