

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203
FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD DE ALERGIA ANAFILACTICA GRAVE

Fecha: _____ Año Escolar: _____ Escuela/Grado: _____

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre Del Padre/Guardian: _____

Telefono De Casa: (_____) Trabajo #: (_____) Celular #: (_____)

Proveedor Medico: _____

Nombre De La Clinica: _____ Telefono #: (_____)

Alergologo: _____

Nombre De La Clinica: _____ Telefono #: (_____)

1. Su hijo tiene un diagnostico de alergia de un proveedor medico? No Si

2. Historia y Estado Actual

| | |
|--|---|
| <p>a. A que es alergico su hijo/a ?</p> <p><input type="checkbox"/> Cacahuetes <input type="checkbox"/> Picaduras De Insectos</p> <p><input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Pescado/Mariscos</p> <p><input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Químicos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vapores _____</p> <p><input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Nueces de arbol (nuez de castilla, pacanas, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p> | <p>b. Edad del estudiante cuando se descubrio la alergia por primera vez ? _____</p> <p>c. Cuantas veces ha tenido el estudiante una reaccion? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una Ves <input type="checkbox"/> Mas de una vez, explique _____</p> <hr/> <p>d. Explique su(s) reaccion(es) pasada(s) _____</p> <p>e. Sintomas: _____</p> <p>f. Son las reacciones alergicas: <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor</p> |
|--|---|

3. Provocacion y Sintomas

a. Cuales son los primeros signos y sintomas de la reaccion alergica de su estudiante? (Sea especifico: incluya cosas que el estudiante podria decir.) _____

b. Como comunica su hijo sus sintomas? _____

c. Que tan rapido aparecen los sintomas despues de la exposicion al alergeno(s):
 segundos minutos horas dias

d. Por favor señale los sintomas que su hijo/a experimentado en el pasado:

- Piel:** Ronchas Comezon Sarpullido Rubor Hinchazon (cara, brazos, manos, piernas)
- Boca:** Comezon Hinchazon (labios, lengua, Boca)
- Abdominal:** Nausea Calambres Vomito Diarrea
- Garganta:** Comezon Opresion Ronquera Tos
- Pulmones:** Falta de Aliento Tos Repetitiva Sibilancia
- Corazon:** Pulso Debil Perdida Del Conocimiento

4. Tratamiento

| |
|--|
| <p>a. Como se han tratado las reacciones pasadas? _____</p> <p>b. Que tan efectivo fue la respuesta del estudiante al tratamiento? _____</p> <p>c. Hubo una visita a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique: _____</p> <p>d. El estudiante fue admitido a un hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, explique: _____</p> <p>e. Que tratamiento o medicamento le ha recomendado su proveedor medico para su uso en una reaccion alergica? _____</p> <p>f. Su proeveedor medico le ha recetado medicamentos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>g. Ha usado el tratamiento o medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>h. Describa cualquier efecto secundario o problema que su hijo/s haya tenido al usar el tratamiento sugerido: _____</p> |
|--|

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203
FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD DE ALERGIA ANAFILACTICA GRAVE, cont.

5. Autocuidado

| | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| a. | Su estudiante puede monitorear y prevenir su propia exposicion? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| b. | Su estudiante: | | |
| 1. | Sabe que alimentos evitar | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| 2. | Pregunta sobre los ingredients de los alimentos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| 3. | Lee y entiende las etiquetas de los alimentos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| 4. | Le avisa a un adulto inmediatamente despues de una exposicion | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| 5. | Usa un brazalete medico, collar, correa de reloj | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| 6. | Le dice a sus compañeros y adultos sobre la alergia | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| 7. | Rechaza firmemente un alimento problematico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| c. | Su hijo/a sabe como usar los medicamentos de emergencia? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si _____ |
| d. | Alguna vez su hijo/a se ha administrado su propio medicamento de emergencia? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si _____ |

6. Familia/Casa

| | | |
|----|--|---|
| a. | Como siente que toda la familia este lidiando con la alergia alimentaria de su estudiante? | _____ |
| b. | Su hijo/a carga epinefrina en caso de una reaccion? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| c. | Alguna ves su hijo/a ha necesitado administrar esa epinefrina? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| d. | Siente que su hijo/a necesita ayuda para sobrellevar su alergia alimentaria? | _____ |

7. Salud General

| | | |
|----|---|---|
| a. | Como es la salud general de su hijo/a aparte de tener una alergia? | _____ |
| b. | Su hijo/a tiene otras condiciones de salud? | _____ |
| c. | Hospitalizaciones? | _____ |
| d. | Su hijo/a tiene antecedentes de asma? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| e. | Por favor agregue cualquier otra cosa que le gustaria que la escuela supiera sobre la salud de su hijo/a: | _____ _____ |

8. Notas:

Firma Del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Revisado por R.N.: _____ Fecha: _____