

CUESTIONARIO PARA PADRES / TUTORES DE ESTUDIANTES CON ALERGIAS GRAVES
Distrito Escolar del Área de Coatesville

Para brindarle la atención adecuada, le solicitamos que complete este formulario y lo devuelva a la enfermera escolar. Informe a la enfermera escolar por escrito si hay algún cambio durante el año escolar.

Nombre del estudiante _____ Escuela: _____

Año escolar: _____ Grado _____ Aula / Asesoría _____

Mi hijo es alérgico a _____

Síntomas que el estudiante ha experimentado en el pasado. (por favor marque todos los que apliquen):

Hinchazón / enrojecimiento con área de contacto con la piel

Hinchazón de labios, lengua, garganta

Urticaria

Sibilancias

Ronquera

Dificultad respiratoria

Mareos

Discurso engrosado

Nausea

Debilidad extrema

Vómitos

Color azul de piel o labios

Calambres abdominales

Piel enrojecida por todo el cuerpo

Pinchazos en todo el cuerpo

Otros _____

Medicamentos necesarios:

Nombre _____ Dosis / Frecuencia _____

Nombre _____ Dosis / Frecuencia _____

Instrucciones especiales _____

¿Puede el estudiante usar su EpiPen / inhalador (si es necesario) sin ayuda? SÍ NO

** POR FAVOR, CONSULTE LA POLÍTICA DE MEDICACIÓN / FORMULARIO DE PERMISO SI LA
MEDICACIÓN ES NECESARIO EN LA ESCUELA **

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Entiendo que la información anterior se utilizará en un plan de acción de emergencia para mi hijo. Doy mi permiso para compartir este plan con los maestros asignados de mi hijo y el personal apropiado.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____