



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

## INFORMACIÓN DE REACCIÓN ALÉRGICA

Estimado Padre/Tutor:

Según los registros médicos, su hijo/a tiene un tipo de alergia que puede provocar una reacción alérgica grave. Para ayudarnos mejor a anticipar y tratar una posible reacción alérgica, complete este formulario y envíelo a la enfermera del distrito o al funcionario de salud escolar lo antes posible. ¡Gracias!

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Año escolar:

<p>● <b>¿A qué es alérgico su hijo/a?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cacahuates      <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos  <input type="checkbox"/> Huevos            <input type="checkbox"/> Pescado/Mariscos  <input type="checkbox"/> Lácteos            <input type="checkbox"/> Frutos secos  <input type="checkbox"/> Soja                    <input type="checkbox"/> Otros _____</p>	<p>● <b>Edad del estudiante cuando la alergia se descubrió por primera vez:</b></p> <p>● <b>¿Tiene su hijo/a algún otro problema médico?</b>  <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No  Si es así, por favor describa:</p>
<p>● <b>Si se trata de una alergia alimentaria, el estudiante reacciona después de:</b>  <input type="checkbox"/> Ingerir      <input type="checkbox"/> Tocar                    <input type="checkbox"/> Oler</p>	<p>● <b>¿Cuántas veces ha tenido una reacción alérgica el estudiante?</b>  <input type="checkbox"/> Nunca      <input type="checkbox"/> Una vez      <input type="checkbox"/> Más de una vez</p> <p>● <b>Si ocurrió más de una vez, las reacciones alérgicas son:</b>  <input type="checkbox"/> Iguales    <input type="checkbox"/> Mejores            <input type="checkbox"/> Peores</p>
<p>● <b>¿Qué síntomas experimenta su hijo/a?:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Urticaria            <input type="checkbox"/> Comezón            <input type="checkbox"/> Enrojecimiento    <input type="checkbox"/> Hinchazón      <input type="checkbox"/> Náuseas  <input type="checkbox"/> Vómitos            <input type="checkbox"/> Diarrea              <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia    <input type="checkbox"/> Mareos      <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  <input type="checkbox"/> Presión en la garganta    <input type="checkbox"/> Sibilancias            <input type="checkbox"/> Pulso débil      <input type="checkbox"/> Tos  <input type="checkbox"/> Otro:</p>	
<p>● <b>¿Cómo se han tratado las reacciones en el pasado?</b>  <input type="checkbox"/> Benadryl            <input type="checkbox"/> Epi-Pen  <input type="checkbox"/> Inhalador          <input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p>● <b>¿Alguna vez su hijo/a necesitó ir a la sala de emergencias o fue hospitalizado/a por una reacción?</b>  <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No  Si es así, por favor explíquelo:</p>

● **¿Necesita su hijo/a tener medicamentos de emergencia en la escuela?**     Sí     No

**TENGA EN CUENTA:** Es posible mantener un suministro de los medicamentos de su hijo/a en la escuela (o con su hijo/a si es necesario para el uso en caso de emergencia), pero solo si se ha completado un formulario de **“Medicamentos en la escuela o “Plan de acción en caso de alergia”** y se ha enviado al funcionario de salud escolar o a la enfermera del distrito.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Date Received:	• FOR HEALTH OFFICE USE ONLY • <input type="checkbox"/> Follow Up Needed	<input type="checkbox"/> ISHP Completed
----------------	---	---