

Nombre del Estudiante: _____ Año Escolar: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela : _____

Diagnostico

Marque los alimentos a los que su estudiante es alérgico:

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Huevo | <input type="checkbox"/> Trigo | <input type="checkbox"/> Leche |
| <input type="checkbox"/> Árbol de nuez | <input type="checkbox"/> Mariscos | <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Ajonjolí | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿El médico de su estudiante diagnosticó la alergia a los alimentos como:

- Peligroso para la vida * No **Si***, Alimento(s) _____
- No peligroso para la vida No Si, Alimento(s) _____
- una intolerancia alimentaria No Si, Alimento(s) _____
- otro No Si (si SI, describa) _____

*** Si pone en peligro la vida, DEBE comunicarse con la enfermera de la escuela** - Consulte la definición de amenaza para la vida en la parte inferior de este formulario

¿El médico de su estudiante le recetó un auto inyector de epinefrina (AUVI-Q, EpiPen, SYMPJEPI, Adrenallick, otro)?

-
- No
-
- Si* (
- si SI, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener los formularios requeridos.**
-)

¿El médico de su estudiante le recetó un antihistamínico (Benadryl, Zyrtec, Claritin, otro)?

-
- No
-
- Si

Historia y estado actual¿Cuántas veces ha tenido su estudiante una reacción alérgica? Nunca Una vez Mas de una vez,
explique: _____

Fecha de la última reacción: _____

Marque la casilla que mejor describa las reacciones alérgicas a los alimentos de su estudiante:

-
- se mantienen igual
-
- empeorando
-
- mejorando

Síntomas (marque cada casilla que describa los síntomas de su estudiante)

- BOCA— Picazón, hormigueo o hinchazón de los labios, la lengua o la boca
- GARGANTA— Garganta apretada o ronca, dificultad para respirar o tragar
- PULMON— Dificultad para respirar, tos repetitiva y/o sibilancias
- GENERAL— Pánico, sensación repentina de muerte inminente
- PIEL— Urticaria, sarpullido con picazón y/o hinchazón en la cara o las extremidades
- ESTOMAGO— Náuseas, dolor de estómago/calambres abdominales, vómitos y/o diarrea
- CORAZON—"Pulsaciones", "desmayo", desmayo, azulado, palidez
- OTRO— _____

Continuar a la página siguiente

¿Cuáles son los primeros signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? (Sea específico; incluya cosas que su estudiante podría decir).

¿Con qué rapidez aparecen los síntomas después de la exposición al alérgeno alimentario? (segundos, minutos, horas, días)

Tratamiento

¿Alguna vez su estudiante ha necesitado tratamiento en una clínica o en el hospital por una reacción alérgica?

No Si, explique: _____

¿Alguna vez su estudiante ha necesitado usar un inyector de epinefrina para tratar una reacción alérgica?

Si No

¿Su estudiante entiende cómo evitar los alimentos que causan reacciones alérgicas? Si No

Comidas Escolares

¿Comerá su estudiante las comidas proporcionadas por las Escuelas Públicas de Seattle (desayuno o almuerzo)?

No. No, mi estudiante **NUNCA** comerá las comidas proporcionadas por las Escuelas Públicas de Seattle.

Si. **Si afirmativo, continúe abajo.**

La alergia o intolerancia alimentaria de mi estudiante **NO** pone en peligro la vida. Seleccione la respuesta adecuada de acomodación dietética especial:

NO estoy solicitando una adaptación dietética especial para mi estudiante. Mi estudiante seleccionará por sí mismo los alimentos sin restricciones.

Estoy solicitando un plan dietético especial. (Comuníquese con la enfermera escolar para obtener el formulario dietético)

O

La alergia alimentaria de mi estudiante **ES** potencialmente mortal *

Los estudiantes con alergias alimentarias potencialmente mortales deben proporcionar a la escuela una Orden de medicamentos para alergias graves/anafilaxia y medicamentos recetados, si se indica, antes del primer día de cada año escolar para que el estudiante asista a la escuela. Las órdenes dietéticas especiales indicadas en el plan se proporcionarán con la firma de un proveedor de atención médica.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Revisado por la Enfermera Registrada

Fecha

* Antes de asistir a la escuela, cada niño con una condición de salud que ponga en peligro su vida deberá presentar una orden de medicación o tratamiento que aborde la condición. Una condición de salud que amenaza la vida significa una condición que pondrá al niño en peligro de muerte durante el día escolar si no se cuenta con una orden de medicación y/o tratamiento y un plan de enfermería. Después de la presentación del medicamento o la orden de tratamiento, la enfermera de la escuela desarrollará un plan de enfermería. Las órdenes de medicamentos y tratamientos deben completarse cada año escolar. Los estudiantes con una condición de salud que amenaza la vida serán referidos al Equipo 504 para una evaluación. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, Procedimiento del Superintendente de SPS 3413SP)