



Formato de Evaluación de Alergias a Alimentos

Nombre estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/tutor: _____ # Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ #Teléfono: _____

¿Piensa que la alergia de comida de su niño pone en peligro su vida? No Si

(Si la respuesta es SI, vea a la Enfermera Escolar tan pronto como sea posible)

¿Le dijo su doctor que la alergia al alimento ponía en peligro su vida? No Si

(Si la respuesta es SI, vea a la Enfermera Escolar tan pronto como sea posible)

Historial y Estatus Actual Marque los alimentos que han causado reacción alérgica:

Cacahuete Pescado/marisco Nueces de árbol (nueces, nueces pacanas, almendras, etc.)

Leche Producto de Soya Otros: _____

¿Cuántas veces ha tenido una reacción? Nunca Una vez Más de una vez,

explique: _____

¿Cuándo fue la última reacción? _____

¿Las reacciones alérgicas al alimento...?: Permanecen iguales Han empeorado Han mejorado

Detonadores y síntomas ¿Qué debe pasar para que su niño tenga una reacción al alimento problema?

Comer el alimento Tocar el alimento Oler el alimento Otro, por favor explique: _____

¿Cuáles son los síntomas o señas de la reacción alérgica de su niño? (Por favor sea específico, incluya cosas que su niño pueda llegar a decir)

¿Qué tan rápido aparecen los síntomas después de haber sido expuestos a ese alimento(s)?

Segundos Minutos Horas Días

Tratamiento. ¿Ha necesitado tratamiento en una clínica u hospital por una reacción alérgica?

No Si, explique: _____

¿Su estudiante comprende cómo evitar esos alimentos que causan las reacciones alérgicas? No Si



¿Qué tratamiento o medicamento ha recomendado su proveedor de salud para usar en caso de reacción alérgica?

¿Ha usado el tratamiento? No Si

¿Sabe su niño cómo usar el tratamiento? No Si

Por favor describa cualquier efecto secundario o problemas que su niño haya tenido utilizando el tratamiento que le han sugerido.

Si desea que su niño coma alimentos en la escuela, ¿ha llenado un formato de Dietary Prescription – Dieta Prescrita? Si No, necesito conseguir la forma, que la llene mi proveedor de salud y regresarla a la escuela.

Si se requiere medicamento en la escuela, ¿ha llenado el formato Medical Authorization – Autorización Médica con su proveedor de salud? Si No, Necesito obtener el formato, llenarlo con mi proveedor de salud y regresarlo a la escuela.

Si se necesita medicamento en la escuela, ¿ha traído el medicamento/tratamiento a la escuela?

Yes No, necesito conseguir medicamento/tratamiento y traerlo a la escuela.

No, pero tengo un plan con la enfermera de traer el medicamento antes del primer día de escuela.

¿Qué necesita que hagamos para ayudar a su niño a evitar el problema con estos alimentos en la escuela?

Doy mi consentimiento para compartir con el clase que mi niño tienen una alergia a un alimento que pone en peligro su vida. No Si

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

Revisado por RN: _____ Fecha: _____