

ANTECEDENTES DE REACCIONES ALÉRGICAS SEVERAS DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE Nombre del estudiante y fecha de nacimiento	
ALÉRGENOS Cuénteme a qué ha tenido su estudiante una reacción alérgica grave.	
DESENCADENANTES Cuénteme sobre desencadenantes alérgicos específicos para su niño. (Por favor, especifique)	<input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío
TIPO DE SÍNTOMAS Cuénteme qué tipo de síntomas experimentó su niño.	<input type="checkbox"/> Hinchazón facial <input type="checkbox"/> Hinchazón de garganta <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o tragar <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Sensación de ardor <input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel <input type="checkbox"/> Estornudos/silbido al respirar/tos <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Náuseas/ vómitos/ diarrea <input type="checkbox"/> Otro (Describa a continuación:)
INICIO ¿Cuándo fue la primera reacción de su niño?	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia experimenta su niño reacciones alérgicas graves?	
SUSCEPTIBILIDAD ¿Cómo ocurre la reacción de su niño?	<input type="checkbox"/> Contacto directo <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Solo ingestión <input type="checkbox"/> Picadura
CONDICIONES CONCURRENTES ¿Su niño tiene asma u otra enfermedad mediada por el sistema inmunitario?	
MEDICAMENTO ¿Qué le han recetado a su niño para las reacciones alérgicas?	
HISTORIA ¿Su niño ha requerido atención de emergencia u hospitalización debido a una reacción alérgica grave?	
PROVEEDOR MÉDICO ¿Quién es el alergólogo o inmunólogo de su niño?	

ANTECEDENTES DE REACCIONES ALÉRGICAS SEVERAS DEL ESTUDIANTE

ADAPTACIONES

¿Su niño necesita alguna adaptación relacionada con alergias?

RESTRICCIONES

¿Su hijo tiene alguna restricción relacionada con las alergias?

CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO

¿Quién completó este formulario? ¿Fecha?