



Protocolo de Alergias

Fecha: _____

Estimado padre / tutor de _____

ALERGIA A: _____

Por favor complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo con el personal escolar apropiado. Tenga la seguridad de que el personal mantendrá esta información confidencial. Llame a la enfermera de la escuela si tiene preguntas o indicaciones adicionales

Asmático Sí * No *De alto riesgo para reacción severa

Circula los síntomas de la alergia que ha tenido previamente

Dar la medicación marcada **

** (sugerido por el proveedor médico tratante)

- | | |
|---|--|
| --Si se ingiere un alérgeno alimentario, pero <i>no hay síntomas</i> | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| - Picazón de boca, hormigueo o hinchazón de labios / lengua / boca | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| - Piel urticaria, picazón erupción, hinchazón de la cara o las extremidades | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| - Intestino - Calambres abdominales, náuseas, vómitos, diarrea | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| - Garganta - Apretamiento de garganta, ronquera, tos seca | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| -- Pulmón - Dificultad para respirar, repetición, sibilancias/resollar | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| - Corazón - pulso filiforme, presión arterial baja, desmayos, pálido, azul | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| - Otro _____ | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |

Si lo receta el proveedor médico de su estudiante, por favor proporcione un antihistamínico y Epi-Pen a la escuela en la caja original (complete el formulario de consentimiento para administrar medicamentos en la escuela al dorso de este formulario). Se requiere la etiqueta de prescripción en la caja de Epi-Pen para la escuela. Si a su estudiante se le ha recetado un Epi-Pen, pero usted no puede proveer para la escuela, comuníquese con la enfermera de la escuela.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE / TUTOR

Padre / tutor:

Celular: _____ Trabajo: _____

Padre / tutor:

Celular: _____ Trabajo: _____

padre / tutor **Firma del:** _____ Fecha: _____