



Formato de Evaluación de Alergias a Alimentos

Nombre estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Proveedor Cuidado Salud: \_\_\_\_\_ #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 Proveedor de Cuidado de la Salud 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 pecanas, 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 salón de 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: \_\_\_\_\_

