

DISTRITO ESCOLAR DE KANKAKEE #111

Forma de Historial de Alergias

(Regréselo a la enfermera/Personal de la escuela asignado)

Fecha: _____

Estimado padre/tutor de: _____

Basados en los récords de salud de su hijo/a, el/ella tiene una alergia a:

Proporcionémos más información acerca de las necesidades de salud de su hijo respondiendo a las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la Oficina de la escuela.

1. ¿Cuándo y cómo se dio cuenta de que su hijo/a era alérgico/a ?
 - 1) ¿Cuándo fue la última vez que tubo una reacción?
 - 2) Por favor describa los síntomas y signos de la reacción.
 - 3) ¿Qué tratamiento medico fue dado y por quien?
 - 4) Si el estudiante requiere tomar medicamentos mientras esta en la escuela, el Plan de Acción de Emergencia adjunto (EAP) debe de ser completado por el doctor del estudiante y por uno de los padres/tutor.
 - 5) Por favor describa los pasos que usted quiere que tomemos en caso de que el estudiante sea expuesto a un Alergeno mientras esta en la escuela

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Teléfono: _____