

ALERGIAS QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA Y ASMA- HOJA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Fecha de nac _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Nombres de los padres: _____ Teléfono hogar: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

Haga una lista y describa las alergias conocidas o sospechas de reacciones a:

Comidas/plantas/otras _____

Insectos _____

¿Él/ella tiene alergias y/o asma diagnosticada por un doctor?: Si / No Si es afirmativo, ¿a qué edad? _____

¿Tiene un plan de manejo prescrito? Si / No **Si es afirmativo, por favor incluya una copia.**

¿Su hijo (a) ha sido hospitalizado por una reacción alérgica y/o asma? Si/No Última visita: _____

¿Su hijo (a) ha sido tratado en la sala de emergencia por una reacción alérgica y/o asma? Si / No Última visita _____

Si respondió si a cualquiera de las preguntas, por favor describa:

Describa una reacción alérgica o ataque de asma normal:

¿Qué usualmente le causa una reacción o ataque de asma?

¿Qué usualmente ayuda si ocurre una reacción o ataque de asma?

Medicamentos diarios habituales (nombre, dosis, horas): _____

Medicamentos administrados frecuentemente, pero no a diario _____

Describa los efectos secundarios que experimenta su estudiante con estos medicamentos. _____

¿Él/ella sabe cómo administrarse sus medicamentos? _____