**Nota:** Los padres deben proporcionar anualmente a la escuela el plan de manejo médico del medico. Las órdenes médicas, junto con la admission de salud a continuanción, ayudan a la enfermera de la escuela a desarrollar un plan de atención médica individual para el estudiante.

**Nombre del estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ Grado:\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Padre/Guardián:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información del contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del medico que trata las alergias del estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro de Salud:** Privado Medicaid/KanCare Actualmente sin Seguro

**Joyas de aletra médica usadas:** Si No **IEP?** Si No **Plan 504 actual:** Si No

**Modo de transporte hacia y desde la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Participa el estudiante en actividades antes o después de la escuela?**  Si No

**El estudiante tiene un diagnóstico de alergia severa de un proveedor de atención médica?** Si No

**El estudiante es alérgico a (**marque todo lo que corresponda):

 Miseria Nueces de árbol Huevos Leche Pescado Mariscos Soja Trigo Las picaduras de abeja Látex Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa la primera reacción alérgica del estudiante:**

Edad or Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sintomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alérgeno (si se conoce): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué tan rápido aparecen los síntomas después de la exposición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gravedad (incluida la necesidad de hospitalización): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa la reacción alérgica más reciente del estudiante:**

Edad or Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sintomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alérgeno (si se conoce): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué tan rápido aparecen los síntomas después de la exposición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gravedad (incluida la necesidad de hospitalización): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Se ha administrado una inyección de epinefrina** (como EpiPen) **para una reacción alérgica anterior?**  Si No

En caso afirmativo, cuántas veces se ha administrado epinefrina? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Más sobre los síntomas del estuidante:**

Cuáles son los primeros signos y síntomas de una reacción alérgica del estudiante?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo comunica el estudiante los síntomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué podría decir el estudiante durante una reacción? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Marque todos los síntomas que el estudiante ha experimentado en el pasado:**

*Piel: Urticaria Picor Erupción Enrojecimiento Hinchazón (cara, brazos, manos, piernas)*

*Boca: Picor Hinchazón (labios,lengua, boca)*

*Abdominal: Náuseas Obstáculo Vómitos Diarrea*

*Garganta: Comenzón Opresión Ronquera Tos*

*Pulmones: Dificultad para respirar Tos repetitiva Sibilancias*

*Corazón: Pulso débil Pérdida de conciencia*

**Autocuidado del estudiante (indique el nivel de habilidad del estudiante para lo siguiente):**

Sabe qué alimentos evitar Si No

Pregunta sobre los ingredients de los alimentos Si No

Lee y entiende las etiquetas de los alimentos Si No

Le dice a un adulto inmediatamente después de una exposición. Si No

Informa a sus compañeros y adultos sobre la alergia. Si No

Rechaza firmemente un alimento problemático. Si No

Sabe cómo usar los medicamentos de emergencia. Si No

Se ha administrado medicamentos de emergencia a si mismo en el pasado. Si No

**Régimen de comidas:**

Participará el estudiante en el desayuno en la escuela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El Estudiante traerá el almuerzo, comerá el almuerzo escolar o ambos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante come bocadillos regularmente en la escuela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Meriendas en el salón de clases/golosinas de cumpleaños de otros:** Recomendamos que los padres/tutores proporcionen una provision de meriendas individualizadas para los estudiantes de la primera infancia y de la escuela primaria más jóvenes con alergias alimentarias conocidas. Indique su preferencia **seleccionando uno** de los siguientes:

\_\_\_\_\_\_Proporcionaré comida a **todos** mis alumnus. El/ella **no debe comer** otros bocadillos/golosinas en la escuela a menos que yo esté presente o haya proporcionado una aprobación previa por escrito especifica para el articulo.

\_\_\_\_\_\_Mi estudiante conoce los alimentos que debe evitar y **puede comer** refrigerios/golosinas proporcionadas por otros.

**Firma de padre/guardian:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**