



**ALERGIAS: PLAN DE EVALUACIÓN Y ACCIÓN**

Para el Año Escolar: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/ENCARGADO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ TEL CEL: \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE/ENCARGADO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ TEL. CEL: \_\_\_\_\_

En caso de no poder encontrarlo:

CONTACTO TEL. DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_  
 (Además de los padres)                      Nombre                      Relación                      Tel.

Liste las alergias de su estudiante: \_\_\_\_\_

Cuando fue la última fuerte reacción de alergia de su estudiante: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar los síntomas que se apliquen a la reacción alérgica de su estudiante:**

<input type="checkbox"/> Sentimiento de aprehensión	<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Sensación de llenura en la garganta	<input type="checkbox"/> Cambio en la voz	<input type="checkbox"/> Congestión Nasal
<input type="checkbox"/> Sensación de hormigueo en la boca o cara	<input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar	<input type="checkbox"/> Respiración Ruidosa
<input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Piel Irritada
<input type="checkbox"/> Rojez e inflamación localizada	<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja	<input type="checkbox"/> Pulso Acelerado
<input type="checkbox"/> Otro (sea específico)		

**Marque el medicamento que su hijo/a requiere en caso de una reacción alérgica:**

<input type="checkbox"/> Benadryl	<input type="checkbox"/> EPI-PEN	<input type="checkbox"/> Otro (específicamente)
-----------------------------------	----------------------------------	---

**Favor de completar las dos paginas**

