

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES

Fecha: _____

Padre de Familia/Apoderado:

Al revisar el expediente de salud de _____ indica que tiene alergias. El cuidado de esta condición varía con cada individuo. Para poder ayudarle a dar un mejor cuidado a su hijo/a, por favor complete y envíe el cuestionario de la parte de abajo:

1. Que tipo de alergia tiene su hijo/a? _____

2. Qué tipo de reacción tien??

Rápida

Retardada

Local

Generalizada

Síntomas que presenta:

Hinchazón de la boca/garganta

Urticaria

Estrechez de la garganta

Picazón generalizada/hormigueo

Dificultad para tragar

Erupción/Salpullido de la piel

Tos, ronquido del pecho

Hinchazón de la cara/manos

Dificultad para respirar

Náusea/vómito

Mareo/dolor de cabeza leve

Diarrea

Desmayo

Inquietud/pánico

Pulso leve

Otro (por favor explique en #6

3. Ha sido ésta condición diagnosticada por un médico? Si No

4. Ha sido necesario ir a Emergencias en el hospital? Si No

5. Será necesario dar medicina en la escuela?? Si No

Si la respuesta es si póngase en contacto con la enfermera de la escuela para que le proporcione los formularios necesarios (MCPS 525-13 y/o MCPS 525-14), que tiene que ser completado por usted y el médico.

6. Tiene información adicional que compartir? _____

Firma del padre de familia/apoderado

Fecha

Por favor contacte a la enfermera de la escuela si tiene preguntas adicionales.

Enfermera

Teléfono