

# MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES SCHOOL HEALTH SERVICES

Date: \_\_\_\_\_

Dear Parent/Guardian:

A review of the records on file indicates that \_\_\_\_\_ has allergies. Management of these conditions varies with each individual. In order for us to assist in the health care of your child, please complete and return the questionnaire below.

1. Has your child been diagnosed with anaphylactic reactions to certain foods, insect stings, or any other substance?  Yes  No
2. To what is your child allergic or anaphylactic? \_\_\_\_\_
2. What reaction does your child have?  
 Immediate  Delayed  
 Local  Generalized

**Symptoms noted:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Swelling of mouth/throat | <input type="checkbox"/> Hives                        |
| <input type="checkbox"/> Tightness in throat      | <input type="checkbox"/> Itching all over/ tingling   |
| <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing    | <input type="checkbox"/> Rash                         |
| <input type="checkbox"/> Coughing, wheezing       | <input type="checkbox"/> Swelling of face/hands       |
| <input type="checkbox"/> Difficulty breathing     | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting              |
| <input type="checkbox"/> Dizzy/Lightheaded        | <input type="checkbox"/> Diarrhea                     |
| <input type="checkbox"/> Fainting                 | <input type="checkbox"/> Uneasiness/panic             |
| <input type="checkbox"/> Weak pulse               | <input type="checkbox"/> Other (please explain in #7) |
3. Has this condition been diagnosed by a doctor?  Yes  No
  4. Has hospital emergency room care ever been required?  Yes  No
  5. Will medication need to be available at school?  Yes  No  
If yes, please contact the School Community Health Nurse for the appropriate forms for administration of medication (MCPS 525-13 and/or MCPS 525-14), which must be completed by you and your physician.
  6. Would you like your child to sit at the nut-free table for lunch?  Yes  No
  7. Would you like to provide safe treats for your child to be kept at school?  Yes  No
  8. Additional information to share? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian signature

\_\_\_\_\_  
Date

Please contact your School Community Health Nurse for additional questions.

\_\_\_\_\_  
Jennifer Lichter, RN  
School Community Health Nurse

\_\_\_\_\_  
301-840-7145  
Phone

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