

EVALUACIÓN DE REACCIÓN ALÉRGICA POR PICADURA DE ABEJA

Año Escolar: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Mes Día Año

Estimado Padre/Guardián de: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____
Nombre del estudiante nombre del maestro/a

Según los records de salud de su hijo/a, él/ella tiene una alergia de picadura de abeja. Sería de gran ayuda si usted nos pudiera dar mas información, por contestar las siguientes preguntas y regresar el cuestionario a la enfermera de la escuela.

Atentamente,

_____ Fecha _____
Enfermera de la escuela

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre

Nombre del Padre/Guardián: _____ Tel. de la casa: _____ del trabajo : _____
Nombre escrita del padre area y número area y número

Médico para las alergias: _____ Teléfono del médico: _____
Nombre del médico Grupo medico o Clínica area y número de teléfono

Las reacciones alérgicas de picaduras por abejas ya no causan ningún problema para mi hijo/a.
Favor de firmar abajo y devolver esta forma a la oficina de salud de la escuela.

¿Cuándo fue la primera vez que se dio cuenta que su hijo/a era alérgico a las picaduras de abejas?

Aproximadamente cuánto tiempo hace que su hijo/a tuvo la última reacción? _____
Mes Día Año

Por favor describa las señales y los síntomas de esa reacción.

¿Qué tipo de tratamiento médico o primeros auxilios necesita él/ella usualmente?

Si a su hijo/a le picará una abeja caminando a la escuela, o en la escuela, ¿qué tipo de tratamiento recomienda usted que nosotros le demos?

If your child will need an **Epi-Pen** for school use, please contact the school nurse to receive the required forms that must be completed for students having medication at school. Feel free to call me if you have any concerns.

Si su hijo/a necesita un medicamento inyectable **Epi-Pen** para usar en caso de emergencia en la escuela, por favor, comuníquese con la enfermera de la escuela para llenar las formas requisitos que tienen que ser completadas para estudiantes usando medicamentos en la escuela. Llámeme si tiene cualquier pregunta.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma del Padre/Guardián Mes Día Año

Favor de devolver esta forma completada a la oficina de salud de la escuela.