



BEE STING ALLERGY ASSESSMENT
HEALTH SERVICES
SCHOOL DISTRICT U-46

Student Name: Last Name, First Name Date of Birth: Month Day Year
Parent/Guardian: Parent/Guardian printed name Grade: Teacher: Teacher's Name
Home Phone: area code + number Work Phone: area code + number Cell Phone: area code + number

According to your student's health records, s/he has a bee sting allergy. It would be helpful if you would provide us with more information by completing this form and returning it to the school nurse.

School Nurse Date: Month Day Year School Year:

Bee sting allergies are no longer a problem for my student. (Sign below and return this form to the Health Office)

When did you first become aware that your child was allergic to bee stings?

Approximately when was your child's last bee sting reaction: Month Day Year

Please describe the signs and symptoms of the reaction:

What medical or first aid treatment is usually required?

Allergist/Physician's Name: Physician's printed name Medical Group/Clinic Office Phone: area code + number

If your child receives a bee sting on the way to school or while at school, what procedures would you like us to follow?

If your child will need an Epi-Pen for school use, please contact the school nurse for the required forms to be completed before the school can initiate medication administration. Feel free to call the health office if you have any questions or concerns.

Parent/Guardian Signature: Parent/Guardian Signature Date: Month Day Year

Please return completed form to School Health Office.



BEE STING ALLERGY ASSESSMENT
HEALTH SERVICES
SCHOOL DISTRICT U-46

EVALUACIÓN DE REACCIÓN ALÉRGICA POR PICADURA DE ABEJA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____
Padre/Tutor: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____
Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____

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.

Fecha: _____ Año escolar: _____
School Nurse / Enfermera de la escuela _____

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: _____

Por favor describa las señales y los síntomas de esa reacción: _____

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

Médico para las alergias: _____ Teléfono del médico: _____

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

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. Llame si tiene cualquier pregunta.

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de devolver esta forma completa a la oficina de salud de la escuela