



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 problem with allergies. 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:

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

When is your student most affected by allergies? (Check all that apply)

- Seasonal - Fall Winter Spring Summer Exposure- Eaten Touched Inhaled
My child also has a diagnosis of ASTHMA

Does your child know what his/her allergy is and what to avoid? YES NO

What specific things is he/she allergic to? (Check all that apply)

- Animal dander Bee Stings Drugs Milk
Dust Mold Pollen Grasses/Trees
Peanuts/Tree Nuts, please list types:
Food, please list types:
Other:

The common symptoms of allergy that your child experiences are: (Check all that apply)

- Tired Pale Dark circles / bags under eyes Irritability
Sneezing Stuffy, runny, itchy nose Itchy, watering eyes Breathing through mouth
Headaches Hearing problems Swelling of exposure site Rash/Hives
Breathing problems Persistent cough Wheezing breath sounds Anaphylactic Shock reaction
Other:

Last allergic reaction was: Was Emergency Care required? YES NO

How often does he/she see the physician because of allergies?

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

What medication does he/she use?

Name: Name: Name:
Dose: Dose: Dose:
Frequency: Frequency: Frequency:

How does your child's condition affect his/her school performance, participation, and attendance?

Would you like your child to be seated at an allergen free table at lunch (elementary only)?

- Yes No Any additional information needed

Will it be necessary for this student to have medication available here at school for the allergy?

- Yes (If yes, please contact the nurse for assistance as soon as possible.) No

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



ALLERGY ASSESSMENT
HEALTH SERVICES
SCHOOL DISTRICT U-46

EVALUACIÓN DE ALERGIAS

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

Padre/Tutor: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____
Escriba en letra de molde Nombre de maestro/a

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____
área y número área y número área y número

Conforme a los reportes de salud de su hijo/a, el/ella tiene un problema de alergias. Nos sería de mucha ayuda si nos diera más información, contestando las siguientes preguntas y regresando esta forma a la enfermera de la escuela.

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

A mi niño/a ya no le causan ningún problema las alergias. *(Firme abajo y devuelva a la Oficina de Salud)*

¿Cuándo se ve su niño/a más afectado por las alergias? Marque todas que apliquen:

- Temporal:** Otoño Invierno Primavera Verano **Expuesto:** Comido Tocado Inhalado
 Tiene un **diagnóstico de ASMA**

¿Sabe el niño/a a qué es alérgico y qué debe evitar? SI NO

¿Cuáles son las cosas específicas que le causan las alergias al niño/a?

- pelusa de animales picadura de abeja medicinas leche
 polvo mojo polen árboles/zacate
 cacahuates/nueces (escribe los tipos) _____
 alimentos (¿cuáles son?): _____
 otros: _____

Por favor, marque los síntomas comunes que experimenta el niño/a. Marque todas que apliquen:

- cansancio palidez irritabilidad ojera o círculos negros debajo de los ojos
 estornudos ojos lagrimosos respirar por la boca nariz con flujo, congestión, y comezón
 Dolores de cabeza dificultades para oír sarpullido/ronchas hinchazón en el lugar expuesto
 problemas para respirar tos persistente ronquera/resollando reacción de choque anafiláctico
 otro: _____

¿Cuándo fue la última reacción alérgica? _____ ¿Fue necesaria atención de emergencia? SI NO

¿Qué tan seguido visita su niño/a al médico por causa de las alergias? _____

Nombre del médico: _____ Teléfono de su oficina: _____
Nombre del médico Grupo Médico área y número

¿Qué medicina usa su niño/a?

Medicamento: _____ Medicamento: _____ Medicamento: _____
Dosis: _____ Dosis: _____ Dosis: _____
Cada cuándo: _____ Cada cuándo: _____ Cada cuándo: _____

¿Cómo le afecta la condición alérgica a su niño/a en el desempeño, participación y asistencia en la escuela? _____

¿Quiere que su niño/a se sienta en una mesa libre de alérgenos durante el almuerzo? (primaria solamente)

Si No Cualquier información adicional necesaria _____

¿Cree usted que es necesario que su niño/a tenga medicamento disponible en la escuela para sus alergias? Sí *(Si lo cree necesario, por favor hable con la enfermera de la escuela lo más pronto posible para que le ayude.)* No

Firma: _____ Fecha: _____
Firma del padre/tutor Mes Día Año