

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

ANAPHYLAXIS/ALLERGIC REACTION INFORMATION FROM PARENT

Student Name _____ Birth Date _____ School _____ Teacher/grade _____

Parent/Guardian _____ Phone (H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Parent/Guardian _____ Phone (H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Emergency contact _____ Relationship _____ Phone _____

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

Does your child see another doctor/clinic for anaphylaxis/allergic reaction? (If yes, please complete doctor information)? Yes No

Doctor/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

List all medications: Home _____
School _____

What date did you child have their first anaphylactic/allergic reaction? _____

How many anaphylactic/allergic reactions has your child had since the first reaction? _____

When was your child's last anaphylactic/allergic reaction? _____

Has your child been hospitalized due to an allergic/anaphylaxis reaction? Yes No

Does your child have an Epi-pen? Yes No

Does your child have asthma? Yes No

What triggers an anaphylaxis/allergic reaction in your child? (Check all that apply)

- Bee/Wasp sting
- Ant Bite
- Other Insect Sting _____
- Peanuts
- Tree Nuts
- Other Nuts _____
- Wheat
- Soy
- Milk
- Eggs
- Fish
- Shellfish
- Other Foods _____
- Other Foods _____
- Other Foods _____
- Plants, flowers, cut grass, pollen
- Other _____
- Other _____
- Other: _____

Describe the symptoms your child experiences before or during an anaphylaxis/allergic reaction. (Check all that apply)

- Hives
- Difficulty Breathing
- Paleness
- Complaint of tingling, itchiness, or metallic taste in the mouth
- Vomiting
- Cramps/Stomach Pain
- Diarrhea
- Swelling/itching of the mouth or throat area
- Loss of consciousness
- Other _____
- Other _____
- Other _____

Authorization for Release of Medical Information:

I hereby authorize _____ to furnish anaphylaxis/allergic reaction related information
(Clinic/Provider)

regarding my child _____ to the Student Health Services personnel at _____.
Student's Name School

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

I give permission for the school nurse to communicate with my child's doctor concerning their anaphylaxis/allergic reaction and its treatment

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

INFORMACIÓN DE LOS PADRES SOBRE REACCIÓN ANAFILÁCTICA / ALÉRGICA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/grado _____

Padre/Custodio legal _____ Teléfono(casa) _____ Teléfono(trabajo) _____ Teléfono(Celular) _____

Padre/Custodio legal _____ Teléfono(casa) _____ Teléfono(trabajo) _____ Teléfono(Celular) _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Doctor/clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

¿Su hijo(a) ve a otro doctor/clínica para reacción anafiláctica/alérgica? (Si es "sí", favor de llenar la información del doctor)? Sí No

Doctor/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

Lista de todas las medicinas: Casa _____

Escuela _____

¿En qué fecha tuvo su hijo(a) la primera reacción anafiláctica/alérgica? _____

¿Cuántas reacciones anafilácticas/alérgicas ha tenido su hijo(a) desde que tuvo la primera reacción? _____

¿Cuándo tuvo su hijo(a) la última reacción anafiláctica/alérgica _____

Ha sido hospitalizado su hijo(a) debido a una reacción anafiláctica/alérgica? Sí No

¿Ha tenido su hijo(a) un Epi-pen? Sí No

¿Su hijo(a) tiene asma? Sí No

¿Qué le provoca a su hijo(a) una reacción anafiláctica/alérgica? (Marque todo lo que se aplique)

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> picadura de abeja/avispa | <input type="checkbox"/> trigo | <input type="checkbox"/> otros alimentos _____ |
| <input type="checkbox"/> picadura de hormiga | <input type="checkbox"/> soya | <input type="checkbox"/> otros alimentos _____ |
| <input type="checkbox"/> picadura de otro insecto _____ | <input type="checkbox"/> leche | <input type="checkbox"/> otros alimentos _____ |
| <input type="checkbox"/> cacahuates | <input type="checkbox"/> huevos | <input type="checkbox"/> plantas, flores, recorte de pasto, polen |
| <input type="checkbox"/> nueces de árbol | <input type="checkbox"/> pescado | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras nueces _____ | <input type="checkbox"/> marisco | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| | | <input type="checkbox"/> otro _____ |

Describe los síntomas que su hijo(a) experimenta antes o durante una reacción anafiláctica/alérgica. (Marque todos los que sean)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> urticaria | <input type="checkbox"/> vómitos | <input type="checkbox"/> pérdida de conciencia |
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> cólicos/dolor de estómago | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| <input type="checkbox"/> palidez | <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> otro _____ |
| <input type="checkbox"/> queja de cosquilleo, comezón, o sabor metálico en la boca | <input type="checkbox"/> hinchazón/comezón en la zona de la boca o la garganta | <input type="checkbox"/> otro _____ |

Autorización para dar información médica:

Por este documento autorizo a _____ para dar información relativa a reacción anafiláctica/alérgica de
(Clínica/Proveedor)

mi hijo(a) _____ al personal de Servicios de salud estudiantil en _____
Nombre del estudiante Escuela

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha

Doy permiso para que la enfermera escolar contacte al doctor de mi hijo(a) con respecto a su reacción anafiláctica/alérgica y a su tratamiento

Firma de Padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha