



Food Allergy History

Student Name _____ Date of Birth _____

Grade _____ School _____

Parent/Guardian Name(s) _____

Mother Telephone Home# _____ Work# _____ Cell# _____

Father Telephone Home# _____ Work# _____ Cell# _____

Emergency Contact _____ Relationship to Student _____

Home Telephone# _____ Work or Cell # _____

Health Care Provider _____ Telephone# _____

1. Allergy to _____
2. Is your child's allergy considered life threatening?
☐ No ☐ Yes If yes, by State Law, your child may not attend school until the health care provider orders for this condition have been provided. **Please contact the School Nurse.**
3. Does your child have asthma? ☐ No ☐ Yes
4. Does your child have any other health condition(s) or medication allergies we should be aware of?
☐ No ☐ Yes, explain _____
5. Describe your child's symptoms of allergic reaction. _____

6. Is your child able to identify a situation where they may come into contact with the allergen? ☐ No ☐ Yes
7. Is your child able to recognize symptoms of their allergic reaction? ☐ No ☐ Yes
8. Has your child received medical care because of an allergic reaction?
☐ No ☐ Yes Health Care Provider Name _____
Approximate Date _____
9. Are there any limitations, restrictions, or precautions needed at school? ☐ No ☐ Yes, explain below

10. How do you want the school to treat an allergic reaction should one occur at school?

11. Does your child require medication at school? No Yes, explain below

Medication Name	Amount	When to Use

Signature of Parent/Guardian

Date

RETURN TO THE SCHOOL NURSE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Distrito Escolar de Toppenish
306 Bolin Dr, Toppenish, WA 98948
Ph: 509-865-8262 Fax: 509-865-2178



Historial Médico de Alergia a Alimentos

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Escuela _____

Nombre(s) de Padre/Guardian _____

Teléfono de la Madre casa : _____ trabajo : _____ celular : _____

Teléfono del Padre casa : _____ trabajo : _____ celular : _____

Contacto en caso de emergencia _____ relación con el estudiante _____

Teléfono de la casa _____ trabajo o celular : _____

Médico familiar _____ teléfono : _____

1. Alergia a _____

2. ¿Se considera la alergia de alimento de su hijo una condición que amenaza la vida?

☐ No ☐ Sí

Si contesta sí, según la Ley Estatal, su hijo(a) no podrá asistir la escuela hasta que las órdenes del médico familiar referente a esta condición se hayan provisto. **Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela.**

3. ¿Tiene su hijo(a) asma? ☐ No ☐ Sí

4. ¿Tiene su hijo(a) cualquier otra condición(es) de la salud o alergias a medicamentos de la cual debemos estar enterados? ☐ No ☐ Sí explique _____

5. Describa los síntomas de la reacción alérgica del niño(a). _____

6. ¿Es capaz su hijo(a) de identificar alimentos que le pueden causar una reacción? ☐ No ☐ Sí

7. ¿Es capaz su hijo(a) de reconocer los síntomas de su reacción alérgica? ☐ No ☐ Sí

8. ¿Ha recibido su hijo(a) atención médica a causa de una reacción alérgica a un alimento?

☐ No ☐ Sí Nombre de médico familiar _____ Fecha aproximada _____

9. ¿Hay algunas limitaciones, restricciones o precauciones que necesitan tomarse en la escuela?

☐ No ☐ Sí, explique debajo _____

10. ¿Cómo desea usted que la escuela atienda una reacción alérgica, si es que una reacción alérgica ocurre en la escuela? _____

11. ¿Requiere su hijo(a) medicamentos en la escuela? ☐ No ☐ Sí, explique debajo

Nombre del medicamento	cantidad	cuando usarlo

Firma de Padre/Guardián

Fecha

REGRESE A LA ENFERMERA ESCOLAR