



**VALLEY VIEW PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY UNIT DISTRICT 365U**  
**Muestra de la forma del historial de alergias**

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE
# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	FECHA

De acuerdo a los registros de salud de su hijo(a), el/ella presenta alergia a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, provéanos de información fidedigna acerca de las necesidades de salud de su hijo(a) respondiendo a las siguientes preguntas y devolviendo la presente a la oficina de la escuela.

¿Cuándo y cómo se dió cuenta de la alergia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez en que su hijo(a) manifestó reacción alérgica? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor describa los síntomas y características de la reacción alérgica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento médico fue administrado y por quien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*En caso de que se necesitara administrar medicamento a su hijo(a) durante su día de escuela, la forma del Plan de Acción de Emergencia (EAP) incluida en este paquete deberá ser llenada y firmada por el Médico autorizado y el Padre de Familia.*

Por favor describa los pasos que le gustaría que siguiéramos con su hijo(a) en caso de que este presentara una reacción alérgica durante el día escolar.

\_\_\_\_\_

PADRE DE FAMILIA/TUTOR	FECHA
FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR	

*(Devuelva a la enfermera/Personal Designado de la Escuela)*