

Estudiantes con alergias

Students with allergies

Este formulario debe ser rellenado en inglés por el padre/madre/cuidador del estudiante con alergia y devuelto al director o personal ejecutivo delegado. La escuela llenará los dos primeros espacios. Esta información se recaba para identificar a los estudiantes con riesgo de sufrir una reacción alérgica grave. La información suministrada en este formulario será utilizada para ayudar a la escuela a decidir qué medidas tomar con respecto al estudiante con una alergia.

Estimado padre/madre/cuidador:

Nombre del estudiante: _____
School to insert name of student

Usted ha indicado que su hijo/a padece una alergia/s. Es alérgico/a a:

School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

Sírvase responder las preguntas siguientes y devolver el formulario al director o al personal ejecutivo delegado.

1. Un médico le ha diagnosticado a mi hijo/a una alergia a:

Picadura/mordedura de insecto (Insect sting/bite)
Por favor explique: _____

Medicamentos (Medication)
Por favor explique: _____

Alimento (Food):
Marque con tilde los casilleros para indicar sí o no

	Sí (Yes)	No (No)
• Maní/Cacahuetes (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Frutos secos (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es alérgico a los frutos secos, indique qué tipo/s

Type/s of nut/s _____

• Pescado (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mariscos (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soja (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sésamo (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trigo (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leche (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Huevo (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique si es alérgico/a a otro tipo de alimento no indicado arriba:

Other type of food _____

Látex (Latex)

Otras alergias, sírvase especificar:
 Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | <i>Marque con tilde los casilleros para indicar Sí o No</i> | Sí (Yes) | No (No) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Mi hijo/a ha sido hospitalizado con una reacción alérgica grave
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | A mi hijo/a le han recetado un autoinyector de adrenalina
(EpiPen® o Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® o Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Mi hijo/a tiene un ASCIA Action Plan para anafilaxis ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(En caso afirmativo, adjúntelo y entréguelo con este
formulario) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rellenado por (escriba su nombre en letras de imprenta aquí): _____
Name of parent/carer

Firma del padre/madre/cuidador: _____
Signature of parent/carer

Fecha: _____
Date

¹ Cada vez que le receten un nuevo autoinyector de adrenalina a su hijo/a, el médico preparará un nuevo ASCIA Action Plan for Anaphylaxis actualizado. Es importante que este plan se haga llegar a la escuela.