



ANAPHYLAXIS/ALLERGIC REACTION INFORMATION FROM PARENT

Student Name _____ School _____ Student ID _____

Birth Date _____ Teacher/grade _____ Bus # _____

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 Epinephrine auto- injector? Yes No Does your child have asthma? Yes No

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

Table with 3 columns and 6 rows of allergen triggers including Bee/Wasp sting, Ant Bite, Other Insect Sting, Peanuts, Tree Nuts, Other Nuts, Wheat, Soy, Milk, Eggs, Fish, Shellfish, and Other Foods.

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

Table with 3 columns and 4 rows of symptoms including Hives, Difficulty Breathing, Paleness, Vomiting, Cramps/Stomach Pain, Diarrhea, Loss of consciousness, and 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 _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES SOBRE REACCIÓN ANAFILÁCTICA / ALÉRGICA

Nombre del estudiante _____ Escuela _____ Student ID _____

Fecha de nacimiento _____ Maestro/grado _____ Bus # _____

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/Clinica _____ 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

queja de cosquilleo, comezón, o sabor metálico en la boca hinchazón/comezón en la zona de la boca o la garganta 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

Form is in compliance with SB27