

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA y  
EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA FLORIDA EN EL CONDADO DE SARASOTA  
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR  
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231  
PHONE (941) 927-9000

**HISTORIAL DE ALERGIAS**  
(ALLERGY HISTORY-SPANISH)

**Instrucciones:** Completar y regresar la forma a la clínica de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TIPO DE ALERGIA**

Marque el encasillado que se encuentra al lado de cualquier alergia que su niño(a) haya tenido.

**Medicamento (describa)**

**Comida (describa)**

**Alergias ambientales (describa)**  
**Polvo, Ácaros, Moho, Mascotas, etc.**

**Picadas de insectos (describa)**

**SINTOMAS DE ALERGIA**

Marque el encasillado que se encuentra al lado de cualquier alergia que su niño(a) haya tenido.

Urticaria o urticarias grandes

Sobresalto

Hinchazón en \_\_\_\_\_

Desmayo - mareo

Dificultad al respirar- silbido al respirar

Otro (describa) \_\_\_\_\_

Dificultad al tragar

1. ¿Ha visto su hijo(a) a un médico por alguna de las alergias arriba mencionadas? Sí  No

2. ¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado alguna vez por alguna alergia? Sí  No

Describe \_\_\_\_\_

3. ¿Se requiere de medicamento inmediatamente después de estar expuesto a alguna sustancia que le produce alergia? Sí  No

Si Sí, **nombre de medicamento** \_\_\_\_\_

**(Si es requerido, tenemos que tener el medicamento y una Forma de Autorización para Medicamento/Tratamiento en los archivos de la escuela.)**

4. Si no se requiere de medicamento, ¿Cómo debe la escuela tratar la reacción alérgica?

Observar con mucho cuidado Sí  No

Llamar al padre/guardián Sí  No

**Si cambios en la dieta son necesarios por razones médicas, una orden del Doctor con el diagnóstico es requerido.**

Comentarios \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_