

C. Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si las alergias son graves, proporcione un plan de acción para la alergia del médico de su hijo.)		
*Las Alergias Son: <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves	A qué es alérgico su hija/hijo? (Marque todo lo que corresponda)	Por Favor Especificar:
Fecha de la última reacción grave: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Alimentos:	
Alergia Causada Por: <input type="checkbox"/> Ingestión <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Contacto	<input type="checkbox"/> Picaduras/mordeduras de insectos:	
	<input type="checkbox"/> Medicación:	
	<input type="checkbox"/> Plantas/Medio ambiente:	
	<input type="checkbox"/> Desconocido	
Su hijo/hija tiene intolerancia alimentaria? En caso afirmativo, sírvase especificar: _____		
Por favor, compruebe todos los síntomas observados con reacción alérgica:		
<input type="checkbox"/> Rojez	<input type="checkbox"/> Hinchazón severa	<input type="checkbox"/> Comezon/Picazon <input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Hinchazón de labios/cara	<input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Náuseas
Si su hijo tiene una reacción, ¿qué hace usted para tratar los síntomas? _____		
* Enumere todos los medicamentos que su hijo toma para las alergias en la sección B. Le han recetado a su hijo/hija un autoinyector de epinefrina para usarlo en una emergencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si * Se requiere que se proporcione un autoinyector de epinefrina a la escuela si el estudiante ha tenido una reacción grave en el pasado.		

D. Asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (En caso afirmativo, proporcione un plan de acción para el asma del médico de su hijo/hija)		
Alguna vez su hijo/hija ha sido hospitalizado debido al asma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes En caso afirmativo, cuándo fue la última hospitalización? _____		
¿Qué síntomas experimenta su hijo/hija durante un episodio de asma? <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Toser <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Dolor/malestar en el pecho <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Qué desencadena el asma de su hijo/hija? (Marque todo lo que corresponda)		Medicamentos recetados actualmente:
<input type="checkbox"/> Ejercicio	Sírvase especificar/explicar:	<input type="checkbox"/> Inhalador (rescate)
<input type="checkbox"/> Medioambiental		<input type="checkbox"/> Inhalador (controlador)
<input type="checkbox"/> Alimentos		<input type="checkbox"/> Nebulizador
<input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Esteroides orales
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Oral antihistamínicos
		*Por favor, enumere todos los medicamentos en la sección B.
		*Se requiere que se proporcione un inhalador a la escuela si el estudiante tiene asma.

E. Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (En caso afirmativo, proporcione un plan de manejo médico de la diabetes actualizado del médico de su hijo).	
Medicamentos y tratamientos recetados actualmente (marque todos los que se aplican y enumere los medicamentos en la sección B).	
Insulina vía: <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/> Pluma <input type="checkbox"/> Bomba	
<input type="checkbox"/> Pruebas de azúcar en la sangre <input type="checkbox"/> Glucagón <input type="checkbox"/> Medicamentos orales <input type="checkbox"/> Monitorización continua de la glucosa	
*Se requiere que se proporcione un conjunto completo de suministros para diabéticos (insulina, glucagón, azúcar de acción rápida, bocado proteico, glucómetro, etc.) a la escuela para un estudiante con diabetes, incluso si el estudiante tiene permiso para llevar estos artículos por sí mismo.	
Qué síntomas presenta su hijo/hija con un nivel bajo de azúcar en la sangre?	Qué síntomas presenta su hijo/hija con un nivel alto de azúcar en la sangre?
Su hijo/hija reconoce los síntomas de un nivel bajo de azúcar en la sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Su hijo/hija reconoce los síntomas de un nivel alto de azúcar en la sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

F. Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (En caso afirmativo, proporcione un plan de acción para las convulsiones del médico de su hijo/hija.)	
Tipo de convulsión: <input type="checkbox"/> Convulsivo <input type="checkbox"/> No convulsivo	Qué síntomas tiene su hijo/hija cuando tiene una convulsión?

Fecha de la última incautación:	Duración de la convulsión:	Desencadenantes conocidos:	¿Ha recetado diastat o otro medicamento para las convulsiones de emergencia por parte de un médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Medicamentos: Por favor, enumere todos los medicamentos que los estudiantes toman para las convulsiones en la sección B.			
¿Se requiere alguna restricción de actividad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si *En caso afirmativo, la escuela debe tener documentación médica de un médico archivada para acomodar cualquier restricción.			