



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 allergy 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 3 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