

**ANAPHYLAXIS/ALLERGIC REACTION  
INFORMATION FROM PARENT**



Student Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Teacher/grade \_\_\_\_\_ Student ID \_\_\_\_\_

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)

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bee/Wasp sting           | <input type="checkbox"/> Wheat     | <input type="checkbox"/> Other Foods _____              |
| <input type="checkbox"/> Ant Bite                 | <input type="checkbox"/> Soy       | <input type="checkbox"/> Other Foods _____              |
| <input type="checkbox"/> Other Insect Sting _____ | <input type="checkbox"/> Milk      | <input type="checkbox"/> Other Foods _____              |
| <input type="checkbox"/> Peanuts                  | <input type="checkbox"/> Eggs      | <input type="checkbox"/> Plants, flowers, grass, pollen |
| <input type="checkbox"/> Tree Nuts                | <input type="checkbox"/> Fish      | <input type="checkbox"/> Other _____                    |
| <input type="checkbox"/> Other Nuts _____         | <input type="checkbox"/> Shellfish | <input type="checkbox"/> Other _____                    |

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hives  | <input type="checkbox"/> Vomiting                                     | <input type="checkbox"/> Loss of consciousness |
| <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing   | <input type="checkbox"/> Cramps/Stomach Pain                          | <input type="checkbox"/> Other _____           |
| <input type="checkbox"/> Paleness   | <input type="checkbox"/> Diarrhea                                     | <input type="checkbox"/> Other _____           |
| <input type="checkbox"/> Complaint of tingling, itchiness, or metallic taste in the mouth | <input type="checkbox"/> Swelling/itching of the mouth or throat area | <input type="checkbox"/> Other _____           |

**Authorization for Release of Medical Information:**

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to furnish anaphylaxis/allergic reaction related information  
(Clinic/Provider)

regarding my child \_\_\_\_\_ to the Clinic 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 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Maestro/grado \_\_\_\_\_ Student ID \_\_\_\_\_

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 _____            |
| <input type="checkbox"/> queja de cosquilleo, comezón, o sabor metálico en la boca | <input type="checkbox"/> hinchazón/comezón en la zona de la boca o la garganta | <input type="checkbox"/> otro _____            |

**Autorización para dar información médica:**

Por este documento autorizo a \_\_\_\_\_ para dar información relativa a reacción anafiláctica/alérgica de mi hijo(a) \_\_\_\_\_ (Clínica/Proveedor) 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