



**GARLAND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE SALUD**

**Cambios de Información de Salud
Alergias**

A los Padres de:

Fecha _____
ID# _____
Fecha Nac. _____
Gr/Tcr _____

Nombre(s) del _____ Teléf. Domicilio _____
(los) Padre(s): _____ Teléf. Trabajo _____
_____ Teléf. Celular _____

Nombre del Doctor _____ Teléf. Consultorio _____

¿Qué tipo de alergias tiene su hijo? Medicamentos (favor de enumerar) _____
 Alimento(s) (favor de enumerar) _____ Por temporada (polen, etc.) _____
 Otro(s) (favor de enumerar) _____

Describe la reacción que sufre su hijo: _____

Enumere los nombres de los medicamentos que toma **a diario** (o regularmente) para las alergias, incluyendo su dosis y frecuencia: _____

Enumere los nombres de los medicamentos que toma **según lo necesite** para las alergias, incluyendo su dosis y frecuencia. _____

Efectos secundarios del medicamento: _____

¿Necesita su hijo tomar medicamentos en la escuela para las alergias (aún si sólo es según lo necesite)? Si No

De responder si, se requiere un envase del medicamento recetado, correctamente etiquetado, y autorización escrita de los padres. Pueden obtenerse los formularios de la enfermera escolar.

Si su hijo requiere el uso de un autoinyector de epinefrina (EpiPen o TwinJect) para cualquier emergencia de alergias en la escuela, favor de comunicarse con la enfermera escolar para obtener los formularios apropiados que deberá completar el doctor de su hijo.

¿Hay algún otro particular que debería saber la enfermera escolar acerca de las alergias de su hijo? _____

VUELVA POR FAVOR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA