



**GARLAND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
SERVICIOS DE SALUD**

**Datos 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_