



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT  
**School Health Services**  
THE FOX LANE CAMPUS, P. O. BOX 180  
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549  
914-241-6000

Dr. Robert Glass  
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro  
Medical Director

### Historial de Alergias Alimentarias

Nombre del Estudiante: ..... Grado/Maestra(o): .....

Fecha de Nacimiento: ..... Peso: .....

Padre/Tutor: .....

Teléfono de Contacto: .....

Nombre de Médico de Cabecera/ Alergólogo: .....

1. ¿A qué es alérgico su hijo(a)? .....

.....

2. ¿La alergia es táctil, ingesta o aerotransportada? (**Circule todas las que correspondan**).

3. **Circule** los síntomas que su hijo(a) ha experimentado en el pasado:

- **Piel:** urticaria localizada, urticaria sistémica (todo el cuerpo), picazón, erupción, enrojecimiento, hinchazón de los ojos / cara / manos / brazos / piernas
- **Boca:** picazón, hinchazón obstructiva de los labios / lengua / boca
- **Abdominal:** náuseas, calambres, vómitos, diarrea
- **Garganta:** picazón, opresión, ronquera, tos, dificultad para tragar
- **Pulmones:** dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias
- **Corazón:** dolor o opresión en el pecho, pulso débil, mareos, confusión, palidez, pérdida de conciencia, cianosis (azulado)
- **Sentimiento generalizado de pérdida / o que algo malo va a suceder**

4. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando se descubrió la alergia? ¿Cómo se descubrió?

.....

5. ¿Cuántas veces ha tenido su hijo(a) una reacción leve que requiere el uso de un antihistamínico? (por ejemplo: Benadryl)? .....

¿Qué síntomas tuvo su hijo en ese momento? .....

6. ¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido una reacción anafiláctica (reacción severa)? ¿Se requería el uso de una jeringuilla de epinefrina? .....

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? .....