

PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

Department of Special Services

Allergy Questionnaire

Student's Name _____ Date _____
 Date of Birth _____ School _____
 Grade _____ Teacher _____
 Parent phone _____ Emergency phone # _____

According to our records, your child is allergic to _____
 So that we can understand the condition and any special needs your child may have,
 please answer the questions below:

1. Has your child seen a doctor regarding his allergy? Yes ___ No ___
 Name of Doctor _____ Phone number _____
 Approximate date of last visit at which allergy was addressed _____

2. What type of allergy/reaction did your child have?
 Itchy Rash ___ Hives ___ Swelling of the face or body ___
 Throat feels tight ___ Hoarse voice ___ Hacking cough ___
 Nausea ___ Stomach pain ___ Vomiting ___ Diarrhea ___
 Other: _____

3. How reliable is your child at avoiding what s/he is allergic to?
 Very reliable ___ Needs Reminders ___ Needs adult supervision ___

4. Does your child have medication for his/her allergy? Yes ___ No ___
 If yes, name of the medication: _____
 If your child has an Epi-pen for his allergy please notify the school nurse. We will
 need to complete a special plan for your child.

Please return form to the health office as soon as possible. The health assistant will
 review your responses with the school nurse.

 Parent Signature



 Date



PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076
 Departamento de Servicios Especiales

Cuestionario de Alergias

Nombre de Estudiante _____ Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____
 Grado _____ Maestro/a _____
 Número de Teléfono _____ Número de Emergencia _____

De acuerdo con nuestros archivos, su hijo/a es alérgico/a a _____
 Para mejor entender su condición y cualquier ayuda especial que su hijo/a necesite, favor completar las siguientes preguntas:

- ¿Ha consultado su hijo/a a un doctor sobre su alergia? Si ___ No ___
 Nombre del Doctor _____ Número de Teléfono _____
 La fecha aproximada de la última visita que tuvo con el doctor tocante a la alergia _____
- ¿Qué tipo de señales/reacción alérgica tuvo su hijo/a?
 Sarpullido con comezón ___ Ronchas ___ Se le hinchó la cara o el cuerpo ___
 Voz Ronca ___ Tos Reseca ___ Nausea ___ Dolor de Estomago ___ Vómito ___
 Diarrea ___ Otro: _____
- ¿Qué tan confiable es su hijo/a para evitar a lo que es alérgico/a?
 Muy confiable ___ ¿Necesita de recordatorios? ___ Necesita de supervisión de un adulto ___
- Tiene su hijo/a medicina para su alergia? Si ___ No ___
 Si su respuesta es si, nombre de la medicina _____
 Si su hijo/a tiene un Epi-Pen para su alergia por favor déjele saber a la enfermera escolar. Necesitaremos completar un plan especial para su hijo/a.

Por favor regrese el formulario a la oficina lo más pronto posible. La asistente de servicios de salud va a revisar sus respuestas con la enfermera escolar.

 Firma del Padre

 Fecha

