

PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Department of Special Services
(Departamento de Servicios Especiales)
294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

H-1a, H1a (S)

BEE STING QUESTIONNAIRE

Student's Name / Nombre del Alumno _____ Date / Fecha: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____ School/ Escuela: _____

Grade / Grado: _____ Teacher / Maestro (a): _____

According to our records your child has a reaction to bee stings. So that we can better understand the condition, please complete the questions listed below.

(Según nuestros archivos su niño tiene una reacción a los piquetes de abejas. Para mejor entender esta condición, haga favor de llenar las preguntas anotadas abajo.)

How many times has your child been stung? _____

(¿Cuántas veces le han picado las abejas a su hijo(a)?)

When was the last time? _____

(¿Cuándo fué la última vez?)

What type of reaction did your child have:

(¿Qué clase de reacción tuvo su hijo(a)?)

_____ Red swelling in area of sting (*Inchazón roja en el área de la picada*)

_____ Large area of swelling (i.e. whole arm) (*Grande área de inchazón (ejemplo, todo el brazo)*)

_____ Rash on other part of body (*Ronchas en otras partes del cuerpo*)

_____ Swelling of face (*Inchazón de la cara*)

_____ Difficulty breathing (*Dificultad en respirar*)

_____ Itching all over body (*Comezón por todo el cuerpo*)

Was your child seen by a doctor for this reaction? Yes / Sí No / No

(¿Fue su niño visto por un doctor por esta reacción?)

Was medication prescribed?: If so, name of medication is: _____

(¿Se le han recetado medicinas para esto? Si es así, cuál es la medicina):

Does your child need medication if stung by bee? Yes / Si No / No

(¿Necesita medicina su niño si es picado por una abeja?)

Epi-Pen injection Benedryl Other/Otro _____

(Inyección Epi-Pen)

Name of physician _____ Phone# _____ Fax # _____

(Nombre del médico)

If your child needs to take medication for a bee sting at school, please fill out the attached form and return it with the medication.

(Si su hijo (a) necesita tomar medicina para una picada de abeja en la escuela, haga favor de llenar el formulario adjunto y regresarlo junto con la medicina.)

Please return this form to the school nurse as soon as possible.

(Haga favor de regresar este formulario a la enfermera escolar tan pronto como le sea posible.)

Other comments/Otro comenarios _____