

FICHA DE ALERGIAS A ALIMENTOS

Curso escolar 20__/20__

Datos personales del alumno/a: _____

Curso: _____

Nombre y teléfonos de contacto, indicando el vínculo familiar:

1. _____

2. _____

Alérgico/a a: (especificar y adjuntar copia del informe médico completo actualizado)

--

Síntomas de alarma (señale lo que proceda):

LOCALIZACIÓN	SÍNTOMAS
Boca	Picor, hinchazón de labios y/o lengua.
Garganta y rinofaringe	Picor o sensación de bola en garganta, ronquera, tos espasmódica. Picor brusco de oído, estornudos en salvas, mucosidad abundante con agua.
Piel	Enrojecimiento, picor, urticaria con habones, hinchazón de cara o extremidades.
Aparato digestivo	Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea.
Aparato respiratorio	Tos espasmódica, asma, opresión o dolor en el tórax, dificultad respiratoria.
Aparato circulatorio	Mareo, taquicardia, pulso débil, desmayo.

Tratamiento en caso de urgencia:

MEDICAMENTO				
DOSIS				
VÍA				

Otras medidas preventivas:

--

Entrega medicación al centro: SÍ ☐ NO ☐

Es alumno de comedor: SÍ ☐ NO ☐

IMPORTANTE: En caso de modificación de la alergia, síntomas o tratamiento DEBEN COMUNICARLO AL CENTRO a la MAYOR BREVEDAD POSIBLE adjuntando documento justificativo del cambio.

Tres Cantos, a ____ de ____ de 20__

Firma progenitor 1

Firma progenitor 2