



Rhode Island Department of Human Services

Cuidado Infantil Autorizado: Formulario de Información de Alergias

Información del Niño	
Nombre del Niño: _____	Fecha de Nacimiento: _____
¿Es su hijo asmático? (Sí = Alto Riesgo de Reacción Severa) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información sobre la Alergia				
Por favor proporcione tantos detalles como sea posible sobre las alergias de su hijo. Un niño con alergia debe contar con un Plan de Acción para el Manejo de las Alergias, proporcionado por su médico, adjunto a este formulario de información.				
Causa de Alergia	Causa de la Reacción	Tipo de Reacción	Medicamento en Expediente	Notas
<i>Ejemplo: Huevos</i>	<i>Ejemplo: Ingerido</i>	<i>Ejemplo: Ronchas</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epinefrina	<i>Ejemplo: Benadryl calma la reacción</i>
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epinefrina	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epinefrina	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epinefrina	

Permiso de Publicación	
Complete lo siguiente si alguna de las alergias de su hijo está relacionada con alimentos.	
¿Tiene el programa permiso para publicar la información sobre alergias alimenticias de su hijo en el sitio autorizado del programa? (es decir, publicar el nombre de su hijo y el alérgeno alimentario en la preparación de alimentos o en el comedor para facilitar la consulta del personal del programa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información del Médico y el Seguro	
Prefiero que lleven a mi hijo al siguiente hospital si surge la necesidad. Sin embargo, entiendo que la elección del hospital puede estar limitada por el servicio de rescate local	
Nombre del Médico: _____	Teléfono: _____
Proveedor de Seguro de Salud: _____	Número de Póliza: _____

Padre de Familia/Tutor Legal (imprima) _____	Firma Padre de Familia/Tutor Legal _____	Fecha _____
--	--	-------------