



Student Services Department
181 Encinal Avenue, Atherton, CA 94027
(650) 321-7140 Fax: (650) 292-2200

CUESTIONARIO SOBRE PIQUETE DE ABEJA

Fecha \_\_\_\_\_

Indique Plantel: [ ] Heritage Oak [ ] Laurel [ ] Encinal [ ] Oak Knoll [ ] Hillview

Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_

De acuerdo a nuestros registros, su hijo(a) tiene una reacción a piquete de abeja. Para mejor entender la condición, por favor complete y devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Cuántas veces ha sido picado su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Cuando fue la última vez que su hijo(a) fue picado? \_\_\_\_\_

Que tipo de reacción(es) tuvo su hijo? Marque todas las que apliquen. Otros comentarios pueden ser agregados abajo.

- [ ] Dificultad para respirar
[ ] Hinchazón roja en el área del piquete (reacción local)
[ ] Area grande de hinchazón (por ejemplo, todo el brazo)
[ ] Salpullido en otra parte del cuerpo
[ ] Cara hinchada
[ ] Comezón por todo el cuerpo

Fue su hijo(a) visto(a) por cualquier reacción? [ ] Si [ ] No

Si se receto medicamento, indique el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Necesita su hijo(a) medicamento si es picado(a) por una abeja? [ ] Si [ ] No

Necesita su hijo(a) medicamento en la escuela? [ ] Si [ ] No Si indico que si, un Formulario de Autorización de Medicamentos debe ser completado y devuelto a la oficina de la escuela con el medicamento. El Formulario de Autorización de Medicamentos se puede encontrar en el sitio web del distrito www.district.mpcsd.org o en la oficina de la escuela.

[ ] Epi-Pen [ ] Benadryl [ ] Otro: \_\_\_\_\_

Otros comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre (Madre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba nombre