

# Saugus Union School District

24930 AVENUE STANFORD, SANTA CLARITA, CALIFORNIA 91355  
661-294-5300 / WWW.SAUGUS.K12.CA.US

## Student Asthma and/or Allergy Information

Name of Student \_\_\_\_\_ School/Grade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASTHMA

Describe the type of Asthma symptoms your child experiences: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

About how often does your child have an asthma episode? \_\_\_\_\_

When did the last episode occur? \_\_\_\_\_

Is your child taking medication for their Asthma? Yes/No If yes, what medications and how frequently? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please list any side effects of the asthma medication that your child my experience: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your child need medication at school? Yes/No

Does your child use a peak flow meter? Yes / No. If yes, what is current best peak flow? \_\_\_\_\_

Does your child have environmental allergies related to their Asthma? Yes / No If yes, please list: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional Information/Instructions: (use back of page if needed): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ALLERGY

If your child has medication allergies please make sure those medications are listed on a current emergency card.

Does your child have food allergies? Yes / No If yes, please list and indicate specific reactions:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Does your child have any insect allergies? Yes / No If yes, please list and indicate specific reactions:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Does your child take medication for allergic reactions? Yes / No Medication name(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your child require Epinephrine for allergic reactions? Yes / No

1. There are staff members at every school who are trained to give emergency medication.
2. 911 will be called for any emergency.

I will provide emergency medication for my child at school: Yes / No

1. Your signature below indicates that you have read and understand that your child can have emergency medication on campus.
2. If you choose to have prescription or non-prescription medication on campus, please obtain the appropriate form from your school office.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Thank you for taking the time to provide the school with more information so we can better serve your child.

# Saugus Union School District

24930 AVENUE STANFORD, SANTA CLARITA, CALIFORNIA 91355

661-294-5300 / WWW.SAUGUS.K12.CA.US

## ASMA de ESTUDIANTE y/o INFORMACION de ALERGIA

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela/Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ASMA

Indique los tipos de síntomas de Asma que su hijo/a tiene: \_\_\_\_\_

¿Que tan seguido tiene su hijo/a un episodio de asma? \_\_\_\_\_

¿Cuanto fue el último episodio? \_\_\_\_\_

¿Esta tomando su hijo/a medicinas para la Asma? Si/No Si es que si, cuales medicinas y que tan frecuente? \_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier mal bienes de la medicina de asma que su hijo/a ha tenido? \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo/a medicina en la escuela? Si / No

Usa su hijo/a un contador de flujo maximo? Si/No. Si es que si, cual es su mejor flujo maximo actual? \_\_\_\_\_

Tine su hijo/a alergias al ambiente relacionada con el Asma? Si/No Si es que si, por favor anote: \_\_\_\_\_

Información/Instrucciones adicional: \_\_\_\_\_

### ALERGIA

Tiene su estudiante alergias del alimento? Si/No Si es que si, por favor anote y indique reacciones especificas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Tiene su estudiante alguna alergia de insectos? Si/No Si es que si, por favor anote y indique cualquier reacción especifica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Toma su estudiante medicinas para sus alergias? Si/No Nombre de la Medicina: \_\_\_\_\_

Toma su estudiante Antihistamina para sintomas de alergia? Si/No Nombre de Medicina: \_\_\_\_\_

Usa su estudiante una EPI-PEN para reacciones severas de alergia? Si/No

Medicinas se pueden necesitar en la escuela para mantener sano a su hijo/a.

Tiene su estudiante alergias a medicinas? Si/No Si es que si, por favor anote: \_\_\_\_\_

Información/Instrucciones adicionales: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre

Fecha

Gracias por tomar el tiempo para proveer la escuela con mas información para poder mejor servir a su estudiante.  
Las Enfermeras del Distrito