



FORMULARIO DE INFORMACION SOBRE LAS ALERGIAS DEL PARTICIPANTE



Parks & Recreation Department
Adapted Programs
620 Laguna Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 564-5421
www.sbparksandrecreation.com

Participante _____

Fecha _____

La información de inscripción del participante aquí nombrado indica que el participante tiene una alergia a _____. Agradeceríamos su cooperación en contestar las siguientes preguntas para mejor comprender si existe alguna necesidad médica.

Por favor enumere las alergias del participante, al intensidad de la reacción alérgica y describe los síntomas. Es la responsabilidad del participante o, para menores de edad y adultos dependientes la del padre custodio o tutor legal revelar toda la información pertinente con respecto a la salud y necesidades especiales del participante.

Allergy	Mild - Moderate - Severe			Symptoms
<input type="checkbox"/> Picaduras de Abeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Nueces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Pasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Cuáles son los Primeros Auxilios que generalmente se administran? Benadryl Epipen
Otros _____

El participante llevara el medicamento consigo diariamente al programa? Yes No

El participante sabe identificar cuando debe utilizar el medicamento? Yes No

El participante puede auto-administrarse si en necesario? Yes No

Donde guarda el medicamento _____

Las leyes estatales prohíben que el personal de la Ciudad administre o asista en la administración de **medicamentos**. **La administración de los medicamentos es la responsabilidad del participante, o para menores de edad o adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal.** Si el Participante puede administrarse el medicamento sin asistencia o recordarios, se le permitiría hacerlo. De no ser así, se administrará el medicamento.

Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:

✓ Firma _____ Nombre Completo (letra de molde) _____

