

## FICHA DE ALERGIAS A ALIMENTOS Y PLAN DE ACCIÓN

### Datos personales:

Nombre.....Apellidos..... Curso.....Letra.....Etapa.....Persona y teléfonos de contacto: ..... <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> ..... <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> ..... <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> ..... <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	FOTO RECIENTE
---	------------------

### Alérgico a:

**Asmático (SI/NO):** .....

### Tratamiento en caso de urgencia: (Medicamento /dosis /vía de administración)

### Otras medidas preventivas:

Los síntomas de reacción alérgica se producen entre pocos minutos y 1 hora tras tomar el alimento e incluyen (señale lo que proceda):

Órgano	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 y 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.
Aparato circulatorio*	Mareo, taquicardia, pulso débil, desmayo, desmadejamiento.

## FICHA MÉDICA

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

Problemas visuales \_\_\_\_\_

Problemas auditivos \_\_\_\_\_

Problemas respiratorios, intestinales, urinarios  
\_\_\_\_\_

Problemas físicos \_\_\_\_\_

Alergia Alimentos \_\_\_\_\_

Alergia Medicamentos \_\_\_\_\_

Alergia Animales \_\_\_\_\_

Otras Alergias \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna enfermedad que requiera tratamiento permanente?  
\_\_\_\_\_

Medicación que toma (indicar si es de forma ocasional o continuada, y la pauta de la medicación)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades crónicas \_\_\_\_\_

Enfermedades padecidas \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas \_\_\_\_\_

Vacunaciones \_\_\_\_\_

Necesita dieta especial \_\_\_\_\_

¿Padece algún tipo de mareo? \_\_\_\_\_

NIVEL DE NATACIÓN:  ALTO  MEDIO  BAJO

Madrid a ..... de ..... de 20.....

**Autorización de los padres (firma):**

**Fdo.:** .....

**Fdo.:** .....