

PLYMOUTH COMMUNITY SCHOOL CORPORATION

BEE STING ALLERGY ALERT

To the parent of: _____

You have indicated that your child is allergic to BEE STINGS. For some children a bee sting can be a life-threatening emergency. In order to provide the best possible care for your child, we need to have the following information on file.

Type of Bee/Wasp causing reaction: _____

Type of reaction that occurs: _____

Has your child ever required a trip to the emergency room or the doctor's office as a result of the bee sting? _____

Does your child require the use of a Bee Sting Kit (ANAKIT, EPIPEN)? _____

If so, does your child administer the injection to himself/herself? _____

Briefly describe the action you wish taken if your child is stung while at school. (No medications are supplied by the school) _____

Parents signature: _____

Please complete this form and return it to school.

THANK YOU

CORPORACION DE ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE PLYMOUTH

ALERTA DE ALERGIA A LA PICADURA DE UNA ABEJA

Para los padres de: _____

Usted ha indicado que su hijo/a es alérgico a las PICADURAS DE UNA ABEJA. Para algunos niños una picadura de una abeja puede ser una emergencia de vida o muerte. Para poder proporcionar el mejor cuidado posible para su hijo/a, nosotros necesitamos tener la siguiente información en nuestros archivos.

Tipo de abeja/ avispa causando la reacción: _____

Tipo de reacción que esta ocurriendo: _____

¿Alguna vez tuvo que llevar a su hijo/a a la sala de emergencia o la oficina de su doctor por causa de una picadura de una abeja/avispa? _____

Su hijo/a requiere el uso de un equipo de picaduras de abejas/avispas. (ANAKIT, EPIPEN)? _____

Si, sí ¿su hijo/a se administra la inyección por si mismo? _____

Brevemente describa la acción que usted desee tomar si su hijo/a es picado en la escuela. (Ninguno de los medicamentos es proporcionado por la escuela)

Firma de los Padres: _____

Por favor complete esta forma y regrésela a la escuela.

¡GRACIAS!