

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
TARJETA INDIVIDUAL DE ACCIÓN
PARA EMERGENCIAS DE ALERGIAS Y ANAFILAXIA

FOTO DEL NIÑO (Opcional)	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO:		FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:
			/ /	
	ALÉRGENES CONOCIDOS:			ASMA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
HISTORIAL DE ANAFILAXIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
SÍNTOMAS POTENCIALES:			MEDICAMENTO/DOSIS/UBICACIÓN:	
PLAN DE ACCIÓN AL SER EXPUESTO A ALÉRGENOS	1			
	2			
	3			
	4			

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE RIESGOS:	
NOTAS:	
CONTACTO(S) DE EMERGENCIA:	
FIRMA DEL PROVEEDOR: X	FECHA: / /
FIRMA – PADRE/MADRE O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE: X	FECHA: / /