



GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS CON ALERGIAS
ESCUELAS DEL CONDADO DE GREENVILLE

QUESTIONARIO

1. Prefiere usted ir a reuniones durante el dia escolar o en la noche? _____Dia
_____ Noche
2. Indique **dos dias** de la semana donde le sea mas conveniente las reuniones
_____ y _____.
3. Que horas le son mas convenientes? _____.
4. Cuanto debe durar la reunion? _____.
5. Deberia el grupo suspender las reuniones durante el verano? Si _____ o
No _____
6. Opina usted que las antiguas instalaciones de la primaria de la Wade Hampton es un
lugar central para hacer las reuniones? Si _____ o No _____. Si opina que
no, por favor sugiera un lugar mas central
_____.
7. Esta usted dispuesto a ser un voluntario para colaborar en las reuniones? Si _____ o
No _____. Si usted contesto si, en que le gustaria colaborar/ hacer?

_____.
8. Conoce o sabe usted de algun conferencista que a usted le gustaria sugerir para ser
invitado a una de las reuniones? Si _____ o No _____. Si usted consteto que si, por
favor provea el nombre y la forma de contactar a la persona:

_____.
9. Por favor provea su informacion con la cual le podamos contactar en caso de que
haya algun cambio en el lugar u hora de las reuniones y para mandarle una copia
electronica de las minutas de la reunion:
NOMBRE: _____
TELEFONO: _____
CORREO ELECTRONICO/E-MAIL _____
10. Indique la escuela al que su niño/a ira durante el año escolar 2009-2010
_____.



11. Indique las alergias de comida que sufre su niño/a:

_____.

12. Indique si las alergias de su niño/a han sido confirmadas por su medico? Si _____ o No _____

13. Como se manifiesta la alergia de su niño/a? (salpullido, ronchas, inflamacion de la lengua, dificultad al respirar, vomito, diarrea, esophagitis eosinophilica, etc)?

14. Indique si su niño/a tiene un EpiPen? Si _____ o No _____

15. Indique si su niño/a tiene un plan de manejo de alergias (escrito)? Si _____ o No _____

16. Indique si su niño puede tolerar otras formas de comida que contengan pequeñas cantidades de la substancia que causa la alergia (ej: no puede tolerar leche pero si tolera panecitos dulces que contienen leche en sus ingredientes)? Si _____ o No _____

17. Indique si las alergias de comida de su niño/a son de vida o muerte? Indique cuales?

_____.

18. Indique si usted es miembro de un grupo de apoyo para personas con alergias (sea en el internet o en persona) Si es asi, a que grupo pertenece usted:

19. Como afectan las alergias la rutina diaria de niño/a y la de su familia?



Por favor regrese esta forma al Gerente de Servicios de Comida o Mandela por Fax al 864-355-9992.