

FRIENDSHIP SCHOOL

San Diego County Office of Education, 525 Third Street, Imperial Beach CA 91932 (858) 298-2213 FAX (619) 423-6007



ALERGIA DE ALIMENTO/ LA INFORMACIÓN DE LA INTOLERANCIA DEL ALIMENTO Y FORMA DE TRATAMIENTO

La alergia del alimento o la intolerancia del alimento han sido notadas para ser un concierne para su niño. Proporcione por favor información adicional con respecto a la reacción de su niño a este alimento para que la oficina de la salud pueda seguir las medidas más seguras deben una reacción alérgica ocurre en la escuela.

Student/Estudiante: _____ Birth date/Fecha de nacimiento: _____

Physician/Medico: _____ Clinic/Clinica: _____

Food(s) allergic to/Alergia a comida(s): _____

Food intolerance(s)/Intolerancia a comida(s): _____

Reaction to these foods includes/La reacción a estas comidas incluye:

- Náusea, el estómago trastornó, indigestion
- Molestia abdominal, calambres, diarrea
- Inchazon facial, comezon
- Hinchándose de labios, lengua de nariz o garganta, la ronquera, respirando y/o para tragar dificultad
- Otro _____

The symptoms above occur/Los síntomas encima ocurren:

- ___ Casi inmediatamente
- ___ En minutos
- ___ De 30 minutos a 2 horas
- ___ Otros _____

Mi hijo/a a sido visitado por un doctor por sus alergias: Si No

Mi hijo/a ha recibido tratamiento por su reaccion de alergias: _____

Si mi hijo/a tiene contacto con la comida que es alergico/a cuando este en la escuela, el siguiente tratamiento debe recibir:

- Llame a padre/guardián para enviar en casa si experimenta obstaculizar/diarrea abdominal
- Dé sobre la medicina contraria (no prescripción) de la siguiente manera*:
Nombre del Medicamento: _____
Cantidad de Dosis: _____
- Niño tiene que tener Epi pen o ANA kit*
 - o Inmediatamente
 - o Si los sintomas siguen. Describa los sintomas: _____

/ Medicamento debe de ser mandada a la escuela en la forma de autorizacion. Todo medicamento requiere de la firma del doctor.**

Firma de Padre _____	Fecha _____
Physician Signature: _____	Date: _____