

# FRIENDSHIP SCHOOL

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



## FOOD ALLERGY/FOOD INTOLERANCE INFORMATION AND TREATMENT FORM

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

Food allergy or food intolerance has been noted to be a concern for your child. Please provide additional information regarding your child's reaction(s) to this food so that the school staff can follow the safest measures should an allergic reaction occur at the school.

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): \_\_\_\_\_

#### Reation to these foods includes/La reaccion 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\*
  - Inmediatamente
  - Si los sintomas siguen. Describa los sintomas: \_\_\_\_\_

**\*\*Medication must be sent to school with a completed Medication Authorization Form. All medications to be given require a doctor's signature./ 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:** \_\_\_\_\_