



# Student Allergens & Medical Information

Mi hijo/a es come Gluten?  Sí  No

**Tipos de carne que mi hijo/a no come (circule):** Carne de res, Pollo, Cerdo, Pavo

**Mi hijo es alérgico a los siguientes (circule):** Queso, Huevo, Leche, Cacahuates, Tree Nuts, Trigo, Fruta (Nombre) \_\_\_\_\_

**Alergias adicionales (Si, por Favor explica)?**  Sí  No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Su Hijo tiene seguridad médica?** Sí  No

Sí, Nombre: \_\_\_\_\_ # de miembro: \_\_\_\_\_

El nombre del doctor de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Su hijo/a tiene uno de estas condiciones médicas?**  Asma  Diabetes  Convulsiones  Alergias Graves

Su hijo/a ha experimentado algún convulsión?  Sí  No

Si, Por favor apunte la fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_

Otros problemas serios de salud: \_\_\_\_\_

**Su hijo toma medicina recetado por un doctor?**  Sí **\*\***  No

Por favor lista medicación(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mi hijo toma medicina diario en casa. Nombre y dosis de medicación(s):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\* An Authorization for Prescribed Medication form MUST be completed by a doctor and placed on file at your child's school. It is against the law for staff to administer medication without this form. Forms are available in the school main office.**

**If my child needs to be taken to an emergency facility, he/she may be taken to the nearest one. I give my consent for school authorities to take appropriate action for the safety and welfare of my child. I understand I will be financially responsible.**

## CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES:

If we are unable to reach you, please provide at least 3 LOCAL contact persons who are authorized to pick up your child from school if your child is ill, needs medical attention, or must be evacuated due to natural disaster or other catastrophe. Your child will NOT be released to anyone whose name is not on this form. *All persons picking up children MUST provide a valid photo identification or your child will not be released.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Mejor Numero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cell/Casa

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Mejor Numero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cell/Casa

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Mejor Numero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cell/Casa

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Mejor Numero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cell/Casa

*Please provide a name and telephone number of a contact person to notify who lives outside of the Bay Area or California:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Mejor Numero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cell/Casa

\_\_\_\_\_  
**Padre/Guardián Firma**

\_\_\_\_\_  
**Padre/Guardián Apunte Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Hoy**