



# Student Services Department

181 Encinal Avenue, Atherton, CA 94027

(650) 321-7140

Fax: (650) 292-2200

## CUESTIONARIO SOBRE ALERGIAS

Fecha \_\_\_\_\_

Indique Plantel:  Heritage Oak  Laurel  Encinal  Oak Knoll  Hillview

Por favor escriba:

Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Registros de la escuela indican que su hijo(a) tiene alergias. Para mejor entender las condiciones, por favor conteste las preguntas a continuación.

Indique todas las alergias conocidas:

Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_ Ultima vez que ocurrió? \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_ Ultima vez que ocurrió? \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_ Ultima vez que ocurrió? \_\_\_\_\_

Por favor use el lado al reverso de este cuestionario si es necesario.

Se diagnosticaron las alergias por un doctor?  Si  No

Que tipo de medicamento se usa y con que frecuencia, incluyendo el que se toma solo cuando es necesario?

1. \_\_\_\_\_ Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Por favor use el lado al reverso de este cuestionario si es necesario.

**Necesita su hijo(a) medicamentos en la escuela?**  Si  No Si indico que si, un *Formulario de Autorización de Medicamentos* debe ser completado y devuelto a la oficina de la escuela con el medicamento. El *Formulario de Autorización de Medicamentos* se puede encontrar en el sitio web del distrito [www.district.mpcsd.org](http://www.district.mpcsd.org) o en la oficina de la escuela.

Por favor devuelva este formulario completado a al oficina de la escuela lo mas pronto posible.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre (Madre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico:

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono: