



FORMULARIO DE ALERGIAS E INTOLERANCIA A ALIMENTOS

Información general

Nombre del Niño:		Número de identificación:	
Padre(s)/Tutor(es):		Número telefónico (al cual siempre pueda ser localizado):	
Padre(s)/Tutor(es):		Número telefónico (al cual siempre pueda ser localizado):	
Grupo escolar:		Maestro:	

Tipo de alergia / Intolerancia a Alimentos:

<input type="checkbox"/> Alergia a los cacahuates/maní <input type="checkbox"/> Alergia al pescado <input type="checkbox"/> Alergia al huevo <input type="checkbox"/> Intolerancia al gluten <input type="checkbox"/> Alergia a los kiwis <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Alergia a las nueces y semillas <input type="checkbox"/> Alergia a las almejas <input type="checkbox"/> Alergia a la harina <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa <input type="checkbox"/> Alergia a los cítricos	
Anafilaxias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Auto-inyección de epinefrina/ adrenalina en la oficina? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El niño lo lleva consigo en la mochila? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Periodo (situaciones temporales) Fecha: _____ / _____ 20__		Certificado médico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Descripción breve de la alergia o la intolerancia a alimentos:			
_____		_____	
Lugar y fecha		Firma del padre/ tutor	

Aviso: Esta información debe ser actualizada cada año



EYÐUBLAÐ VEGNA OFNÆMIS EÐA FÆÐUÓÞOLS

Almennar upplýsingar

Nafn barns:	Kennitala:
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem <u>alltaf</u> er hægt að ná í:
Nafn foreldris/forráðamanns:	Símanúmer sem <u>alltaf</u> er hægt að ná í:
Bekkur/deild:	Leikskólakennari:

Tegund ofnæmis/óþols:

<input type="checkbox"/> Jarðhnetuofnæmi	<input type="checkbox"/> Trjáhnetuofnæmi	
<input type="checkbox"/> Fiskofnæmi	<input type="checkbox"/> Skelfiskofnæmi	
<input type="checkbox"/> Eggjaofnæmi	<input type="checkbox"/> Hveitiofnæmi	
<input type="checkbox"/> Hveiti/glútenóþol	<input type="checkbox"/> Mjólkuróþol	
<input type="checkbox"/> Kívíofnæmi	<input type="checkbox"/> Sýtrusofnæmi	
<input type="checkbox"/> Annað: _____		
Bráðaofnæmi? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ofnæmissprautu á skrifstofu? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Fylgir barni í tösku? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Tímabil (tímabundið ástand) Dagsetning: _____ / _____ 20 __ __	Læknisvottorð Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Stutt lýsing á ofnæmi/óþoli:		
_____	_____	
Staður og dagsetning	Staðfesting foreldris/forráðamanns	

Athugið: Endurnýja þarf árlega ofangreindar upplýsingar.