



## PETICIÓN DE INFORMACION DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

Estimado Padre:

La siguiente forma permite que usted notifique a Klein ISD que su hijo tiene una alergia alimentaria, o alergia alimentaria severa. Esta notificación, permite que Klein ISD inicie el plan necesario para proveer la seguridad necesaria para su hijo/a. "Alergia alimentaria severa" significa que en el cuerpo ocurrirá una reacción peligrosa, o que pone en peligro la vida, porque un alérgeno en la comida se ha introducido por inhalación, consumo de alimentos o contacto con la piel, requiriendo atención medica inmediata.

**NOTA – KLEIN ISD NO PUEDE CAMBIAR ALIMENTOS SI USTED NO PRESENTA LA FORMA DE MODIFICACION MEDICA DE DIETA FIRMADA POR SU PROVEEDOR MEDICO.**

**Por favor, marque una de las casillas para hacernos saber si su hijo tiene una alergia alimentaria.**

- Mi hijo/a **NO TIENE** una alergia alimentaria.
- Mi hijo/a tiene la alergia alimentaria que se muestra abajo. (por favor, visite a la enfermera de la escuela para recibir el paquete con las formas para alergias alimentarias.)

Alimentos a los que su hijo/a es alérgico/a	¿Cómo reacciona su hijo/a cuando entra en contacto con éste alimento?	¿Pone en riesgo su vida? Encierre una opción.
		Sí
		No
		Sí
		No

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información provista arriba, y pudiera compartirla con maestros, consejeras, enfermeras de la escuela, y otros miembros del personal de la escuela, únicamente dentro de las limitaciones dictadas por El Acta Educacional de Derechos y Privacidad de la Familia, y Políticas del Distrito.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha en que la forma fue recibida por la escuela: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_