

Distrito Escolar Independiente de Plano Solicitud para Información sobre Alergias

Nombre del alumno: _____ F. de Nacimiento: _____ Grado _____

Aunque el Distrito no puede garantizar un ambiente libre de alergias, este formulario le permite divulgar si su hijo tiene una alergia alimenticia/otra alergia o una alergia severa que usted cree necesario divulgar para permitir al Distrito tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

"Alergia severa" significa una reacción del cuerpo humano peligrosa o de peligro mortal a un alérgeno introducido por la inhalación, ingestión, o contacto de la piel y que requiere de atención médica inmediata.

Favor de indicar cualquier alimento/otra sustancia a la que su hijo tiene una alergia o alergia severa, así como una descripción de la reacción alérgica de su hijo a dicha sustancia.

Alérgeno	Descripción de la reacción alérgica
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

El Distrito guardará en confianza la información proporcionada anteriormente y puede divulgar dicha información a los maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y demás personal escolar exclusivamente dentro de las limitaciones impuestas por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia y la política del Distrito.

Nombre Padre de Familia/Tutor: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Fecha en que la escuela recibió el formulario: _____