

Solicitud de Información sobre Alergias a los Alimentos

Estudiante: (Apellido)	(Nombre)	(Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Grado	Campus
------------------------	----------	------------------	---------------------	-------	--------

Desde el año lectivo 2011-2012, el *Código de Educación de Texas, Sección 25.0022* requiere que los distritos escolares les soliciten a los padres o tutores que al inscribir a sus hijos en una escuela pública revelen las alergias que ellos tienen a los alimentos. Podrá encontrarse información adicional en lo que respecta a las alergias a los alimentos, incluyendo los registros relacionados con las alergias a las comidas de los estudiantes, en las políticas del Comité en FD y FL. Se le solicita al Distrito que mantenga la confidencialidad de toda información relacionada con las alergias a las comidas que le sea proporcionada y esta información sólo podrá ser revelada a los maestros, consejeros, enfermeras y otro personal escolar apropiado dentro de las limitaciones de los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad y la política del Comité FL.

Se proporciona el presente formulario para que el padre/tutor revele si su hijo/a tiene alergia a algún alimento o alguna alergia grave a algún alimento que crea que debe ser revelada al Distrito para que el Distrito pueda tomar las precauciones necesarias para la seguridad del niño o de la niña. **“Alergia grave a algún alimento” significa una reacción del cuerpo humano peligrosa o con riesgo de muerte a un alérgico transportado en las comidas que se introduce por inhalación, ingestión o contacto de la piel, que requiera de una atención médica inmediata.**

Además, si el niño o la niña tienen alguna alergia grave a algún alimento, se le sugiere al padre que se comunique con:

- 1) La enfermera de la escuela; y/o
- 2) El Departamento de Nutrición y Alimentación de Katy ISD al 281-396-6240 (si el estudiante comprará comida en la cafetería de la escuela y tiene alergias que pudieran requerir que el Distrito reemplace alguna comida).

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mi hijo/a, cuyo nombre se menciona arriba, tiene alergia a alimentos o una alergia grave a algún alimento que, a mi criterio, debe ser revelada al Distrito para que el Distrito pueda tomar las precauciones necesarias en lo que respecta a la seguridad de mi hijo/a.
En caso de marcar Sí, por favor, escriba las comidas que causan una reacción alérgica que sea lo suficientemente grave como para afectar la salud y la seguridad de su hijo/a, como también la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo/a al alimento:		
Alimento		Naturaleza de la Reacción Alérgica al Alimento

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿La(s) alergia(s) de mi hijo/a ha(n) sido diagnosticada(s) por un médico?
-----------------------------	-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Mi hijo/a tiene un EpiPen?
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Nombre del Padre/Tutor (Escriba en letra de imprenta)	Número de Teléfono	Número de Teléfono
Firma del Padre/Tutor	Fecha	