



Para el padre/tutor de _____ Grado: _____

Ha indicado en los registros escolares que este estudiante tiene **unalergia grave o grave**. Es importante tener al menos información de salud anual cuando necesite ayuda en la escuela. Complete el formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela lo antes posible para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo con el personal escolar identificado. Es responsabilidad de los padres proporcionar los alimentos y medicamentos especiales necesarios en la escuela. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela.

CONSULTA CUALQUIER ALERGIA QUE TENGA TU ESTUDIANTE:

- A. Picaduras de insectos (tipo de lista) _____
- B. Alimentos (tipo de lista) _____
- C. Animales (tipo de lista) _____
- D. Otro (lista) _____

INDICAR LOS SIGNOS QUE SUELEN PRESENTAR DURANTE UN ATAQUE DE ALERGIA colocando la(s) letra(s) de las alergias marcadas arriba junto a los signos que se enumeran a continuación:

_____ dificultad para respirar _____ sarpullido _____ náuseas
 _____ dificultad para tragar _____ piel enrojecida o inusualmente pálida
 _____ pérdida del conocimiento _____ tos _____ estornudos
 _____ hinchazón ¿dónde? _____
 _____ otro _____

¿Se ha necesitado tratamiento médico de emergencia en el último año por alergias? No si
 Las alergias están siendo tratadas actualmente por el Dr. _____ Teléfono _____

¿SE NECESITAN MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR LA ALERGIA? No Sí (enumere a continuación)

Medicamento	DOSIS	TIEMPO

¿TIENE SU HIJO UN PLAN DE ACCIÓN PARA ALERGIAS? Sí _____ NO _____

CONSENTIMIENTO PATERNO: Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para compartir esta información con el personal apropiado del distrito (esto incluye, entre otros, administradores, maestros, personal de apoyo, conductores de autobuses, personal de servicio de alimentos, conserjes, entrenadores y empleados sustitutos). Otorgar permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico sobre problemas de salud y tratamiento relacionados con los medicamentos anteriores y/o el diagnóstico relacionado con sus necesidades educativas y de manejo del comportamiento; **La Corporación Escolar de North White no se hará responsable de ningún daño causado por informes inexactos del tutor legal o del médico con licencia en este formulario.**

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

RECUERDE AVISO INMEDIATAMENTE A LA ESCUELA DE CAMBIOS EN LOS NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN O PERSONAS RESPONSABLES DE CONTACTO DE EMERGENCIA



RECUERDE AVISO INMEDIATAMENTE A LA ESCUELA DE CAMBIOS EN LOS NÚMEROS
DE TELÉFONO, DIRECCIÓN O PERSONAS RESPONSABLES DE CONTACTO DE
EMERGENCIA