

## Declaración de los padres acerca de las alergias a alimentos

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Num. De Identificación: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre de pila

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Última escuela en **Killeen** a la que asistió: \_\_\_\_\_

La información siguiente aparecerá en los registros del expediente educativo. Por favor, responda este formulario con cuidado.

- *La Ley del Congreso 742 de la 82ª Legislatura de Texas requiere al distrito escolar que solicite a uno de los padres de un estudiante que se inscribe, la información acerca de las alergias a un alimento o la alergia grave a alimentos que padezca el estudiante.*

**Por favor, informe si su hijo padece una alergia a un alimento o una alergia grave a un alimento que considere que deba informarse al Distrito, con el fin de que el Distrito tome las precauciones necesarias para proteger la seguridad de su hijo.**

*“Alergia grave a alimentos” significa que presenta una reacción del cuerpo que pone en peligro la vida debido a un alérgeno en un alimento que se introduce en el organismo mediante inhalación, ingestión o contacto de la piel, y que requiere atención médica inmediata.*

**Por favor, enumere los alimentos a los cuales su hijo es alérgico o que le generan una alergia grave, así como la naturaleza de las reacciones de su hijo ante dicho alimento.**

No hay información de reportar

Alimento	Reacción alérgica y último episodio

El Distrito protegerá la confidencialidad de la información arriba proporcionada y podrá revelar la información a maestros, consejeros de la escuela, enfermeras de la escuela y otro personal adecuado sólo en conformidad con las limitaciones de los La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia y la política del Distrito.

En conformidad con los reglamentos del Departamento de Agricultura de Texas, se deberá proporcionar un certificado médico firmado con el fin de que el Distrito considere las sustituciones de alimentos de acuerdo con las alergias del estudiante a alimentos. Solicite a la clínica el formulario adecuado.

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha en que la escuela recibe el formulario: \_\_\_\_\_