

FORT BEND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
This document is to be maintained in the Student's Cumulative Folder

**PETICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DE ALIMENTOS**

Este formulario permite revelar si su hijo(a) es alérgico a algún alimento o si tiene una alergia severa a alimentos que deba informar al distrito para tomar las precauciones necesarias para su seguridad.

“Alergia severa a alimentos” refiere a una reacción peligrosa o que pone en riesgo su vida debido a un alérgeno alimenticio introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere de atención médica inmediata.

Favor de hacer una lista de los alimentos a cuales su hijo(a) es alérgico o tiene una alergia severa, al igual que cómo reacciona su hijo(a) cuando es expuesto a los alimentos listados.

Alimento	¿Qué le sucede a su hijo cuando él/ella está expuesta a este alimento?	¿Pone en riesgo su vida? Seleccione una
		Sí o No
		Sí o No
		Sí o No

No tengo información que reportar

Se le recetado a su hijo epinefrina (Epi-Pen) para las alergias graves? Si\* o No

\*Si ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela del campus para completar la documentación adicional requerida..

El distrito mantendrá la información proporcionada arriba como confidencial y podrá revelar información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal apropiado, dentro de los límites de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares y las normas del distrito.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma

del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Date form received by campus: \_\_\_\_\_