



Always Innovating

**South
Texas ISD**

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 7-12

100 MED HIGH DR., MERCEDES, TX 78570

P: 956.565.2454

STISD.NET

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

(STISD solicita que el padre o tutor de cada estudiante que asiste a cualquier escuela de STISD revelen alergias alimenticias del estudiante.)

Este formulario le permite a revelar si su hijo(a) tiene una alergia a los alimentos o alergia alimentaria severa que cree que debe ser revelada a STISD con el fin de tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo(a).

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

Por favor liste cualquier alimento a los cuales su hijo(a) es alérgico o alérgica severa, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo(a) para la comida. **Por favor, devuelva este formulario a la Clínica de la enfermera. Si no se devuelve, habrá un entendimiento de que su hijo(a) no tiene alergias alimenticias.**

Alimentos:	Naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos:

STISD mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y puede revelar la información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado dentro de las limitaciones de la Acta de los Derechos Educativos de la Familia y la Privacidad y la póliza del distrito.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor (por favor imprima): _____

Date form was received by the school: _____