

## Formulario para Información de Alergias a Alimentos

La Legislación de Texas paso HB 742 durante su sesión del 2011 que se trata de la información estudiantil requerida solicitada al tiempo del ingreso del estudiante en las escuelas públicas. Si su hijo/a tiene una alergia significativa de comida, pedimos que llene este formulario y que lo regrese con los demás formularios que su estudiante recibió de su escuela. El Distrito Independiente Escolar de La Porte aprecia su ayuda en cumplimiento con esta nueva ley estatal.

**Si su estudiante no tiene una alergia de alimentos significando no necesita llenar este formulario.** Es la responsabilidad de los padres de notificar a la escuela en caso que una alergia significativa a alimentos se desarrolla después de que empiece el año escolar.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Plantel \_\_\_\_\_

\_\_\_ Mi hijo/a tiene una alergia de alimentos o una alergia severa de alimentos que a mi juicio debe ser revelada al distrito para que el distrito tome todas las precauciones necesarias para la seguridad de mi hijo/a.

Por favor anote cualquier comida/comidas que causan una reacción alérgica que es lo suficiente severa para afectar la salud y seguridad de su hijo/a \_\_\_\_\_

Por favor anote la síntoma o síntomas de la reacción alérgica que su hijo/a tiene \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Acaso ha sido diagnosticada esta alergia por un proveedor de salud? \_\_\_Si \_\_\_No

¿Acaso su niño/a tiene una Epipen? \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No

Si su niño/a tiene una receta de Epipen necesita proveer un Plan Medico Individual de médico de su hijo/a.

Plan de Salud Individual del médico: \_\_\_\_\_Si Fecha\_\_\_\_\_

**Por favor contacte la persona médica designada del plantel de su estudiante si su niño/a tiene alergias severas a alimentos.** Si las alergias de su hijo/a requieren que el distrito haga sustituciones de comida en el platillo de su hijo/a, por favor contacte a Stacie Johnson- Manejadora de Nutrición Escolar al 713-967-9171 o envíe un correo electrónico a Stacie.johnson@yesprep.org

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Numero de teléfono de día para el padre/guardián**

Para el uso de la oficina solamente: Este formulario debe ser revisado por la enfermera escolar y después debe mantenerse en el archivo permanente del estudiante por el personal de la oficina del plantel principal.

**YES Prep Public Schools does not discriminate on the basis of race, religion, color, national origin, sex or disability in providing education services, activities, and programs, including vocational programs, in accordance with Title VI of the Civil Rights Act of 1964, as amended; Title IX of the Educational Amendments of 1972; Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended; and Title II of the Americans with Disabilities Act.**

**El Distrito Independiente Escolar de La Porte no discrimina sobre la base de raza, religión, color, origen nacional, sexo u incapacidad para proveer servicios educacionales, actividades y programas, incluyendo programas vocacionales, de acuerdo con el Título VI del Acta de derechos civiles de 1964, como fue enmendada; Título IX de las Enmiendas educacionales de 1972; Sección 504 del Acta de rehabilitación de 1973, como fue enmendada; y el Título II del Acta de americanos con incapacidades.**