



Kaufman ISD Formulario De Informacion De Alergia

Nombre del Estudiante: (Apellido) (Primero) (MI)	Fecha de Nacimiento	Grado:	Escuela

Comenzando con el año escolar 2011-2012, Code§25.0022 de Educación de Texas requiere que los distritos escolares solicitar que el padre o tutor revelar alergias a los alimentos de un niño en el momento de la inscripción en la escuela pública. Puede encontrarse información adicional sobre alergias a los alimentos, incluyendo el mantenimiento de registros relacionados con las alergias alimentarias de los estudiantes en las políticas de la junta en el FD y FL. El distrito es necesario para mantener la confidencialidad respecto a cualquier alergia alimentaria información proporcionada y solo puede divulgar la información a los maestros, consejeros, enfermeras y otro personal escolar apropiado dentro de las limitaciones de los derechos educativos de la familia y ley de privacidad y junta política FL.

Este formulario le permite revelar si su hijo tiene alergia a un alimento o alergia alimentaria severa que cree debe ser revelada al distrito para permitir que el distrito pueda tomar precauciones por la seguridad de su hijo(a). **La alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o vida del cuerpo humano a un alérgeno transmitidas por los alimentos introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata**

Además, si el niño tiene alergias alimentarias graves, los padres deben proporcionar nota del médico para:

1. Enfermera de la escuela
2. Departamento de servicio de alimentos y Kaufman ISD nutrición

Si or No	Mi hijo, mencionado anteriormente, tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria severa que, en mi juicio, debe ser revelada al distrito para permitir al distrito tomar precauciones necesarias relativas a la seguridad de mi hijo.
En caso afirmativo, por favor indique cualquier alimento que causa una reacción alérgica que es suficientemente grave como para afectar la salud de su hijo y seguridad, así como la naturaleza de una reacción alérgica a la comida de su hijo:	
Comida	Naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos
Si or No	La alergia alimentaria de mi hijo ha sido diagnosticada por un médico
Si or No	Mi hijo tiene la epinefrina?

Si el médico de su hijo le recomienda Beprenalina o EpiPen, Usted debe ASERGUARSE EN CASO DE EMERGENCIA USTED DEBE HACER QUE LOS MEDICAMENTOS LOS TENGA LA ENFERMERA.

Nombre del Padre/Guardian	Telefono de Casa	Telefono de Celular
Firma <lei Padre/Guardian	Fecha:	

Food Allergy Action Plan

Emergency Care Plan

Place
Student's
Picture
Here

Name: _____ D.O.B.: ____/____/____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: Yes (higher risk for a severe reaction) No

Extremely reactive to the following foods: _____

THEREFORE:

- If checked, give epinephrine immediately for ANY symptoms if the allergen was *likely* eaten.
- If checked, give epinephrine immediately if the allergen was *definitely* eaten, even if no symptoms are noted.

Any SEVERE SYMPTOMS after suspected or known ingestion:

One or more of the following:

- LUNG: Short of breath, wheeze, repetitive cough
- HEART: Pale, blue, faint, weak pulse, dizzy, confused
- THROAT: Tight, hoarse, trouble breathing/swallowing
- MOUTH: Obstructive swelling (tongue and/or lips)
- SKIN: Many hives over body

Or combination of symptoms from different body areas:

- SKIN: Hives, itchy rashes, swelling (e.g., eyes, lips)
- GUT: Vomiting, diarrhea, crampy pain



1. INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY

2. Call 911
3. Begin monitoring (see box below)
4. Give additional medications:*
 - Antihistamine
 - Inhaler (bronchodilator) if asthma

*Antihistamines & inhalers/bronchodilators are not to be depended upon to treat a severe reaction (anaphylaxis). USE EPINEPHRINE.

MILD SYMPTOMS ONLY:

- MOUTH: Itchy mouth
- SKIN: A few hives around mouth/face, mild itch
- GUT: Mild nausea/discomfort



1. GIVE ANTIHISTAMINE

2. Stay with student; alert healthcare professionals and parent
3. If symptoms progress (see above), USE EPINEPHRINE
4. Begin monitoring (see box below)

Medications/Doses

Epinephrine (brand and dose): _____

Antihistamine (brand and dose): _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if asthmatic): _____

Monitoring

Stay with student; alert healthcare professionals and parent. Tell rescue squad epinephrine was given; request an ambulance with epinephrine. Note time when epinephrine was administered. A second dose of epinephrine can be given 5 minutes or more after the first if symptoms persist or recur. For a severe reaction, consider keeping student lying on back with legs raised. Treat student even if parents cannot be reached. See back/attached for auto-injection technique.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Physician/Healthcare Provider Signature _____

Date _____