



# Chester Community Charter School

## Alergia a la vida de su hijo

Diagnosticado por el Proveedor de Atención Médica

Fecha \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Bldg. \_\_\_\_\_

Maestro \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Guardián de:

---

**Las formas médicas de tu hijo identifican una alergia alimentaria o no alimentaria potencialmente mortal a:**

---

Los siguientes formularios son necesarios cada año escolar para garantizar la seguridad de su hijo.

1. **FARE Forma**- Este es el formulario de prescripción para el EpiPen de su hijo. El médico completa el formulario y   
*el padre firma la forma en la parte inferior.*
2. **Formulario del Plan Médico de Cuidado para el Servicio de Alimentos**-Este formulario es necesario para que la escuela realice los cambios dietéticos necesarios que su hijo necesita. El médico firma este formulario en la parte posterior y el padre firma la forma en la parte posterior un pozo.
3. **El Formulario del Plan de Atención Médica de Emergencia para Alergias.** Este formulario debe ser completado por los padres cada año escolar.

Si desea programar una reunión para discutir el plan de su hijo con más detalle, no dude en ponerse en contacto con la enfermera del edificio. Agradecemos que tome un papel activo en tener la seguridad de su hijo como una prioridad mientras asiste a Chester Community Charter School.

Saludos

*Servicios de salud*