

INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL 2024-2025

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

NECESIDADES MÉDICAS DE ATENCIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA

ADHD: _____ CORAZÓN _____

AUTISMO.: _____ MOVILIDAD: _____

ASMA.: _____ CONVULSIONES: _____

DEPRESIÓN ANSIEDAD: _____ URINARIO: _____

DIABETES: _____ VISION: _____

ESCUCHANDO: _____ OTRO: _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIA ALIMENTARIA

(El Distrito debe solicitar, al momento de la inscripción, que el padre o tutor de cada estudiante que asiste al Distrito revele las alergias alimentarias del estudiante. Este formulario cumplirá este requisito. Puede encontrar información adicional sobre alergias alimentarias, incluido el mantenimiento de registros relacionados con las alergias alimentarias de un estudiante, en FD y FL). Este formulario le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria grave que usted cree que debe divulgarse al Distrito para que el Distrito pueda tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

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

Enumere los alimentos a los que su hijo es alérgico o muy alérgico, así como el tipo de la reacción alérgica de su hijo a los alimentos.

Comida:	Tipo de reacción alérgica a los alimentos:

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha en que la forma se regresó: _____