



REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION

Dear Parent:

This form allows you to disclose whether your child has a food allergy or severe food allergy with risk for anaphylaxis that you believe should be disclosed to the District in order to enable the District to take necessary precautions for your child's safety.

“Life Threatening” means that there is a potential for a severe, or anaphylactic, immune reaction to the food allergen introduced by inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention, and has the potential to cause disability or death.

Student Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Grade: _____

My child has no known food allergies at this time.

My child has the following food allergies:

| Food | Symptoms of Allergic Reaction | Life Threatening? |
|------|-------------------------------|-------------------|
| | | Yes / No |
| | | Yes / No |
| | | Yes / No |
| | | Yes / No |
| | | Yes / No |

Please note, this form is for informational purposes only, and only serves to alert the school nurse of the need to develop an allergy action plan in collaboration with your child's doctor. This document will be maintained in the student's cumulative folder.

The District will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act and District policy.

Parent Name (printed): _____ Relation: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Date form reviewed by School Nurse: _____ Nurse Initial: _____



SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS ALIMENTARIAS

Estimados padres:

Esta forma le permite informarnos si su hijo/a tiene alguna alergia alimentaria o alergia alimentaria severa con riesgos de anafilaxia la cual usted considere que debería de ser compartida con el Distrito para que el Distrito pueda tomar medidas, según así sean necesarias y reducir al mínimo la exposición de su niño/a a estos alérgenos.

“Peligrosa para la vida” significa que existe la posibilidad de una reacción inmune severa o anafiláctica al alérgeno alimentario introducido por inhalación, ingestión, o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata y puede causar discapacidad o la muerte.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Mi hijo no tiene alergias alimentarias conocidas en este momento.

Mi hijo tiene las siguientes alergias alimentarias:

| Comida | Síntomas de reacción alérgica | ¿Peligrosa para la vida? |
|--------|-------------------------------|--------------------------|
| | | Si / No |
| | | Si / No |
| | | Si / No |
| | | Si / No |
| | | Si / No |

Por favor tenga en cuenta que, este formulario es para propósitos informativos solamente, y sirve para alertar a la enfermera de la escuela la necesidad de desarrollar un plan de acción de alergia con la colaboración del doctor de su hijo. Este documento se mantendrá en la carpeta escolar del estudiante.

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y podrá compartir tal información con maestros, enfermeras, y cualquier otro personal de la escuela autorizado tal como es permitido por los Derechos Educativos de la Familia, La Ley de Privacidad, y la política del Distrito.

Nombre del Padre (impreso): _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Fecha de revisión por la enfermera de la escuela: _____ Iniciales de la Enfermera: _____