

Cuestionario Sobre Reacciones Alérgicas Severas.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha Actual: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

1. Describa detalladamente a que es alérgico su hijo(a):
2. Con cuanta frecuencia su hijo tiene reacciones alérgicas severas?
3. Describa el tipo y la severidad de la reacción alérgica:
4. Cuando fue la ultima vez que su hijo sufrió una reacción alérgica?
5. Cuando fue la ultima vez que su hijo fue hospitalizado?
6. Que hace Usted cuando su hijo tiene una reacción alérgica severa (Ej.: medicamentos, visitas medicas)?
7. Tiene su hijo algunos efectos secundarios por causa de los medicamentos que toma para sus reacciones alérgicas severas?
8. Su hijo comprende sobre estas reacciones alérgicas y sabe como evitar los alergenos?
9. Que le gustaría que la escuela haga si su hijo llega a tener estas reacciones severas aquí en la escuela?

Con la información que Usted nos brinde al responder las preguntas dadas, la enfermería de la escuela necesitara desarrollar un Plan de Reacción Alérgica:

SI NO

Firma del Padre de Familia

Fecha

Plan de Acción en Alergia

Plan de Emergencia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Ponga la foto del estudiante aquí

Alergias: _____

Peso: _____ Kg./lbs. Asma: Sí (mayor riesgo de reacción severa) No

Extremadamente sensible a los siguientes alimentos:

COMO PROCEDER: _____

- Administrar Epinefrina inmediatamente ante CUALQUIER síntoma que se presente si se sospecha de haber ingerido el alergeno.
- Administrar Epinefrina inmediatamente si se confirma la ingesta del alergeno, aunque no se presente ningún síntoma.

SINTOMAS SEVEROS tras haber ingerido un alergeno:

Uno o más de los siguientes:

PULMON: Falta de aire, sibilancias, tos repetitiva
CORAZON: palidez, cianosis (coloración azul de la piel), desmayo, pulso débil, mareo, confusión.

GARGANTA: ardor, dificultad para tragar o respirar.

BOCA: inflamación obstructiva (lengua y/o labios)

PIEL: sarpullido - reacción alérgica en la piel

O la combinación de síntomas en diferentes partes del cuerpo:

PIEL: urticaria/ronchas, picor, sarpullido, inflamación (ej: ojos, labios)

ESTOMAGO: vómito, dolor



1. INYECTAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE

2. Llamar al 911
3. Comenzar seguimiento del paciente (ver indicaciones abajo)
4. Administrar medicamentos adicionales:*
- a. Antihistamínicos
- b. Broncodilatador inhalado, en caso de asma

*Los antihistamínicos & inhaladores/broncodilatadores no están indicados para el tratamiento de una reacción alérgica severa (anafilaxia). USAR EPINEFRINA

SINTOMAS LEVES SOLAMENTE:

BOCA: picor en boca

PIEL: sarpullido alrededor de la boca o cara, picor leve

ESTOMAGO: náuseas leves, malestar general



1. ADMINISTRAR ANTIHISTAMINICO

2. Permanecer con el estudiante; alertar a un médico y avisar a los padres.
3. Si los síntomas progresan (ver arriba), USAR EPINEFRINA
4. Comenzar seguimiento (ver indicaciones abajo)

Medicación/Dosis

Epinefrina (marca y dosis): _____

Antihistamínico (marca y dosis): _____

Otro (por ej., inhalador-broncodilatador si es asmático): _____

MONITOREO

Permanecer con el estudiante; alertar a un médico y a los padres. Comunicar al personal de emergencias que se le administró epinefrina; Pedir una ambulancia que cuente con epinefrina; Anotar la hora en que se administró la epinefrina. Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina a los 5 minutos o más de la primera dosis en caso de que los síntomas persistan o reaparezcan. En caso de reacción severa, procurar mantener al estudiante acostado boca arriba con las piernas levantadas. Se debe administrar la medicación aunque no se pueda contactar con los padres. Ver modo de administración del autoinyector al reverso/detrás.

Firma de los padres

Fecha

Firma del médico

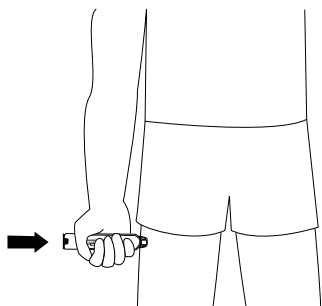
Fecha

Como aplicar el EpiPen Auto-inyector y el EpiPen Jr Auto-inyector

1. Primero, saque el EpiPen Auto-inyector del estuche de plástico donde está guardado.
2. Quite la tapa de seguridad azul



3. Sostenga el EpiPen con la punta naranja cerca de la parte externa del muslo (siempre aplicarlo en el muslo)



4. Aplique clavando enérgicamente la punta naranja contra el muslo. Manténgalo contra el muslo durante aproximadamente 10 segundos. Retire el EpiPen Auto-inyector y dé un masaje en la zona durante otros 10 segundos.



DEY® and the Dey logo, EpiPen®, EpiPen 2-Pak®, and EpiPen Jr 2-Pak® are registered trademarks of Dey Pharma, L.P.

Pasos para aplicar Adrenaclick™ 0.3 mg y Adrenaclick™ 0.15 mg



Quitar las dos tapas **GRISAS** marcadas como "1" y "2".



Colocar la punta redonda **ROJA** en la parte externa del muslo, presionar con fuerza hasta que penetre la aguja. Mantener 10 segundos, luego retirar.

Un Kit de tratamiento de emergencia ante reacciones alérgicas debe siempre contener al menos 2 dosis de epinefrina, otros medicamentos indicados por el médico del estudiante y una copia de su plan de acción ante reacciones alérgicas alimentarias.

El kit debe acompañar al estudiante si sale de la escuela (ej: viaje/excursión escolar).

Contactos

Llamar 911 (Servicio de Urgencias: () -) Médico: Número de teléfono: () -

Padres: Número de teléfono: () -

Otros contactos en caso de emergencia:

Nombre/Relación: Número de teléfono: () -

Nombre/Relación: Número de teléfono: () -

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE AUTORIZACION O PERMISO PARA SUMINISTRAR MEDICINAS

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

En un esfuerzo de promover la buena salud de los estudiantes y mantener un buen rendimiento escolar, es necesario que se suministre medicinas durante horas escolares.

Solicitud del Médico para suministrar medicina(s) durante horas escolares:

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS DIARIA	DOSIS EN LA ESCUELA	HORA DE TOMARLA

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Comentarios: (Razón para tomar la medicina, efectos secundarios posibles, etc.)

*No se suministran o ponen inyecciones excepto aquellas que son necesarias en una situación de emergencia o aquellas que son necesarias para que el estudiante pueda permanecer en la escuela (i.e. insulina, epinefrina).

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

El personal de Klein no está permitido a suministrar o dar ninguna clase de medicinas, incluyendo aspirina, preparaciones similares, o cualquier otra droga, a no ser que el padre solicite por escrito que existe la necesidad de esa medicina. Las medicinas sin receta médica que son necesarias por más de dos semanas también deben tener la solicitud escrita de un médico. Cuando se suministran o dan medicinas recetadas, el distrito escolar prefiere tener una declaración escrita de un médico o dentista licenciado para practicar en los Estados Unidos. Sin embargo, la información escrita en la etiqueta del recipiente con la medicina, si es precisa y clara para la enfermera de la escuela, puede substituir la declaración anterior. La medicina debe ser surtida por un farmacéutico licenciado para practicar en los Estados Unidos. Todas las medicinas deben estar en su recipiente original y son guardadas en un gabinete cerrado con llave en la oficina de la enfermera o de la persona designada por el director y son suministradas por el personal de la enfermería o un empleado de la escuela. Si las circunstancias son dudosas, el empleado de la escuela tiene el derecho de negar la solicitud del padre. Los empleados de la escuela no pueden dar vitaminas, alimentos especiales para la salud (health foods) o preparaciones de hierbas. No se suministrará ninguna medicina recetada o sin receta de países extranjeros.

PERMISO O AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Con la presente, yo autorizo al personal de la escuela a suministrar o dar medicina sin receta médica a mi hijo(a) durante horas escolares o medicina recetada de acuerdo a las instrucciones del médico. Yo comprendo que toda medicina sin receta médica que se le va a dar a mi hijo(a) por más de dos semanas necesita la autorización de un médico. También, yo tengo conocimiento que no se cambiará la dosis de la medicina sin una orden del médico que recetó la medicina.

Yo (doy / no doy) mi autorización al personal de la escuela, con mi solicitud verbal, para suministrar o dar dosis de medicina en adición a las dosis especificadas en este formulario, si es necesario que mi hijo(a) reciba la dosis diaria recetada por su médico y especificada en este formulario. Si hago tal solicitud, me comprometo a proveer la medicina adicional a la escuela después para permitir que la escuela continúe dando la dosis ordenada para suministrarse en la escuela.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
AVISO DE TRASPASO/CONSENTIMIENTO PARA ADQUIRIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha/Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nosotros estamos pidiéndole su autorización para que el Distrito de Klein (o su agente) hable con las personas especificadas en relación con el estudiante arriba mencionado y el traspaso o petición de los documentos especificados conteniendo información confidencial en relación con el estudiante arriba mencionado.

<input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA TRASPASAR INFORMACION A: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ <input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA PEDIR INFORMACION DE: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	<p align="center">DOCUMENTOS PEDIDOS</p> <input type="checkbox"/> Todos los registros educacionales <input type="checkbox"/> Transcripciones & Vacunas <input type="checkbox"/> Valoraciones Académicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Psicológicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Comprensivas <input type="checkbox"/> Valoraciones de Conversacion/Lenguaje <input type="checkbox"/> Valoraciones Vocacionales <input type="checkbox"/> Valoraciones de OT/PT <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Reportes de ARD/IEP <input type="checkbox"/> Plan Individual de Transición <input type="checkbox"/> Otros: _____ _____
---	--

PROPÓSITO DEL TRASPASO:

Planeamiento Educacional
 Traslamiento del Estudiante dentro o afuera del Distrito
 Otro: _____

Si usted desea tener más información o si usted tiene algunas preguntas, por favor póngase en contacto con la persona indicada debajo:

_____ Teléfono: _____

Si No Yo he sido completamente informado(a) y entiendo la petición de la escuela para el traspaso de los registros del estudiante descritos arriba. Esta información será traspasada después de recibir mi petición escrita.

Si No Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. De otro modo, este traspaso es valido por un año desde la fecha en que se firme.

Regulaciones federales requieren que los padres y los estudiantes adultos sean proveídos con una explicación completa de todos los procedimientos de seguridad en su idioma nativo u otro medio de comunicacion, cada vez que el distrito proponga o niegue la iniciacion o cambio de identificacion, evaluación, o colocación educacional del niño/niña o la provision de una educación pública, gratis, apropiada.

_____ Fecha: _____
 Firma de los Padres, Guardianes, Padres Adoptivos, o Estudiante Adulto

_____ Fecha: _____
 Firma del Intérprete, si fué usado

Por favor devuélvalo a: _____ Fecha Correo/Enviado: _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE KLEIN

PERMISO PARA LLEVAR EL AUTO-INYECTOR PARA ANFILAXIA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Medicamento: _____

Propósito del Medicamento: _____

Dosis: _____

Horario y circunstancias bajo las cuales debe ser administrado el medicamento:

Firma del Médico

Fecha

Yo autorizo a que mi hijo/a se auto-administre la medicina para anafilaxis recetada por el médico bajo el Plan de Acción para Alergias, mientras se encuentra en lugares de propiedad escolar, o en una actividad o evento relacionados con la escuela. Entiendo que mi hijo/a es responsable por el manejo y uso apropiado del auto-inyector, y que el mismo debe mantenerse fuera del alcance de otros estudiantes en todo momento. El medicamento debe tener una etiqueta actualizada indicando que ha sido recetado para mi hijo/a. Mi hijo/a y yo estamos de acuerdo con las condiciones que se muestran abajo. El fallar con el cumplimiento de estas condiciones resultará en que la medicina sea almacenada en la clínica de la escuela.

1. Una copia de las órdenes del médico y el permiso de los padres deben ser guardados en los archivos en la oficina de la enfermera.
2. El auto- inyector o la caja deben tener la receta en una etiqueta que también indique el nombre del estudiante y su dirección. Si la etiqueta está en la caja, el inyector debe ser llevado en la caja en todo momento.
3. En caso de ser necesaria la administración de una inyección, esta debe realizarse en presencia a de un adulto, mientras sea posible.
4. Inmediatamente después de la inyección, se debe llamar a la enfermera, o se debe llevar al estudiante a la clínica de la escuela para continuar la observación y el tratamiento médico.
5. Se notificará al padre y a los servicios de emergencia del 911.
6. El estudiante y los padres deben de estar de acuerdo con el manejo adecuado y transporte del auto-inyector. Debe mantenerse fuera del alcance de otros estudiantes en todo momento.
7. Se recomienda mantener un segundo auto-inyector para anafilaxia en la clínica de la escuela para facilitar un tratamiento rápido.

Firma del Padre

Fecha

Firma del Estudiante

Servicios de Salud

Fecha:

Para los Padres/ Guardianes de:

Usted ha indicado que su hijo tiene una alergia alimentaria que requiere una sustitución de alimentos por parte del Departamento de Nutrición y Servicios de Comidas de KISD. Las regulaciones del Departamento de Agricultura de Los Estados Unidos requieren que toda alergia alimentaria severa que represente un riesgo para la vida, sea documentada en la forma adjunta llamada Modificación Médica de Dieta. Una vez completada la forma, las sustituciones de alimentos serán provistas en la cafetería de la escuela y en las meriendas durante los exámenes del estado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo. Apreciamos su asistencia para así asegurarnos que los alimentos que su hijo consume son seguros.

Por favor marque una de las opciones de abajo, firme y regrese la forma a la enfermera de la escuela.

___ Mi hijo **no** sufre de una alergia alimentaria severa que ponga en riesgo su vida & **no requiere** sustitución de alimentos en la escuela.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

___ Mi hijo **tiene** una alergia alimentaria severa a _____ que pone en riesgo su vida. El medico de mi hijo ha completado la forma de Modificación Médica de Dieta.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

___ Mi hijo **tiene** alergias alimentarias, pero las comidas serán preparadas en casa. No se requiere la sustitución de alimentos en la cafetería o durante actividades en el salón de clases.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE KLEIN

MODIFICACIONES MÉDICAS DE LA DIETA

El Programa de Alimentos Escolares del Departamento de Agricultura de Estados Unidos requiere que TODAS LAS PREGUNTAS SEAN RESPONDIDAS para poder hacer CUALQUIER modificación en la dieta o sustitución de alimentos en la escuela.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
#de Identificación de KLEIN _____ Nombre de la escuela _____
Nombre del Padre/ Guardián _____
Teléfono(s) del Padre Casa _____ Cel. _____

De acuerdo a la sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y del Acta de Americanos con Discapacidades de 1973, “una persona con discapacidades” es una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades mayores en su vida; y tiene historia de este impedimento o el impedimento es aparente.

ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES

DECLARACION DEL MEDICO

Fecha: _____

YO _____, declaro que el niño/a nombrado/a arriba posee la siguiente DISCAPACIDAD
Nombre del Médico (IMPRESO) _____

1. Nombre cualquier discapacidad que requiera modificaciones en las comidas: _____
2. Explique por qué esta discapacidad restringe la dieta: _____
3. La actividad diaria más importante que se ve afectada por la discapacidad es, (cuidado de si mismo, comer, hacer tareas manuales, caminar, ver, escuchar, respirar, aprender y trabajar) _____
4. Alimentos que se deben omitir: _____ leche líquida _____ Todos los productos lácteos _____ Trigo _____ Gluten _____ Huevos entero _____ Todos los alimento que tengan huevo como ingrediente _____ Soya _____ Mariscos _____ Maíz entero _____ Todos los alimentos que contengan derivados del maíz (jarabe de maíz, etc.) _____ Maní _____ Todas las nueces _____ Todos los productos manufacturados en fabricas que manejen nueces. Otros (Por favor sea específico): _____
5. Alimentos a sustituir (Por favor, marque una casilla)
 Alimentos que no contienen el alérgeno
 Alimentos específicos: _____

Firma del Médico

Nombre & dirección de la clínica

Teléfono

Solo Para Uso de la Oficina

Date Received from Physician: _____

Received by: _____

Date Forwarded to Nutrition & Food Services (Tiffany Muecke FSO): _____

Forwarded by: _____

Date Received at Nutrition & Food Services: _____

Received by: _____

“The U.S Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual’s income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.”

Nombre: _____

Diagnóstico Médico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ID: _____

_____ Puede potencialmente sufrir un shock anafiláctico secundario a una alergia alimenticia severa

(Nombre)

Diagnostico de enfermera	Metas	Intervenciones	Resultado
<p>Riesgo de respiración elaborada relacionada con broncoespasmo e inflamación de las vías respiratorias como consecuencia de una reacción alérgica.</p>	<p>El estudiante tendrá un IHP (Plan Individualizado de Salud), que incluirá el papel del estudiante, padres y personal de la escuela en la prevención y manejo de una reacción anafiláctica.</p>	<p>Asegurar la documentación medica referente a la alergia alimenticia, plan de tratamiento, sustitución de comidas (<i>Emergency Action Plan=EAP, Plan de Acción de Emergencia</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar al personal de la escuela en las primeras señales de anafilaxis, y los pasos apropiados para el cuidado de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> ○ Concientización acerca de las señales de una reacción alérgica para todo el personal de la escuela. ○ Entrenamiento específico por estudiante para personal en el salón de clase, personal administrativo, personal de cafetería, de mantenimiento y de transporte. ○ Entrenar al personal designado en el uso del auto-inyector de Epinefrina, primeros auxilios, y contacto del personal de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 201_-201_ Personal entrenado (Añadir a la lista anualmente) • _____ • _____ • _____ <p>EL personal designado recibirá una copia del Plan individualizado de Salud (IHP) y del Plan de Acción de Emergencia (EAP).</p>	<p>*Documentación medica recibida (<i>Emergency Action Plan=EAP, Plan de Acción de Emergencia</i>).</p> <p>*Entrenamiento anual para el personal ha sido documentado.</p> <p>*Entrenamiento específico para el estudiante ha sido llevado a cabo y documentado en el archivo.</p> <p>*Personal demuestra conocimiento en el uso apropiado del auto-inyector de epinefrina.</p> <p>* En caso de una reacción alérgica, el personal responde de acuerdo al Plan de Acción de Emergencia (EAP).</p> <p>*El personal responde cuando el estudiante reporta la exposición a alérgenos, administrando cuidado o suministrando una inyección de epinefrina con el auto-inyector.</p> <p>*Se realiza un análisis posterior a un evento de exposición a alérgenos alimenticios.</p>

	<p>El estudiante demostrará que conoce lo que es una reacción alérgica, los síntomas y el tratamiento.</p>	<p>Revisar con el estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alérgeno alimentario y la posibilidad de que este alérgeno sea un ingrediente “Escondido”. • Los procedimientos a seguir si percibe una situación de exposición a un alérgeno alimentario. • Los métodos de tratamiento, incluyendo cómo / cuándo reportar síntomas de alergia al personal de la escuela. <p>Asegurar que los estudiantes que tienen permiso de cargar un auto-inyector tengan el conocimiento adecuado para auto-medicarse. Es necesario tener en cuenta la seguridad del estudiante y la comunidad escolar.</p>	<p>*El estudiante debe leer las etiquetas de las comidas antes de su consumo.</p> <p>*El estudiante no aceptará comida de otros estudiantes</p> <p>*El estudiante se mostrará seguro y confiado cuando encuentre situaciones que potencialmente resulten en la exposición al alérgeno alimentario.</p> <p>*El estudiante identificará las reacciones alérgicas, notificará al personal de la escuela y las tratará inmediatamente.</p>
	<p>Establecer un ambiente de comidas seguro para estudiantes con alergias alimentarias.</p>	<p>Educar al personal acerca del alérgeno e instituir controles ambientales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los estudiantes/ personal se deben lavar las manos o usar paños desinfectantes para manos antes de consumir/ manejar alimentos. • Enfatizar que los geles desinfectantes para manos NO son efectivos removiendo los alérgenos de las manos y otras superficies. • Revisar procedimientos de prevención para alergias alimentarias con el personal de servicios de alimentos. • Asegurar la documentación médica para sustitución de comidas. • Asegurar la “comida de emergencia” en el evento de que el alérgeno alimentario no pueda evitarse. • Revisar los procedimientos de limpieza con el personal encargado. Establecer un ambiente seguro para estudiantes con alergias alimentarias. • Notificar a otros padres de la clase de la necesidad de restringir la presencia del alérgeno alimentario en las actividades en el salón de clases. 	<p>*El estudiante NO esta expuesto a alérgenos, y NO ha tenido episodios de reacciones alérgicas.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso de comida como recompensa en actividades educativas. • Adherirse a la política que NO permite alimentos en los autobuses de Klein ISD, excepto para estudiantes con necesidades médicas. • Proveer en los autobuses sillas separadas para estudiante con alergias alimentarias y para los estudiantes que requieren comida por necesidades médicas. • Tener un mínimo de 2 semanas de anticipación para preparar visitas/ viajes escolares y otras actividades fuera de la escuela. • Facilitar la participación activa y total del estudiante en actividades escolares. 	
Potencial disminución del autoestima como consecuencia secundaria de diagnostico de alergia alimentaria	Proteger/ Fomentar la imagen que tiene el estudiante de si mismo.	<p>Cero Tolerancia para el acoso relacionado con la alergia alimentaria.</p> <p>Educar al estudiante en el manejo de técnicas firmes de manejo del acoso.</p> <p>Permitir al estudiante educar a sus compañeros de clase acerca de la alergia alimentaria.</p>	<p>*El estudiante no sufrirá acoso o discriminación relacionados con la alergia alimentaria.</p> <p>*A través de comunicación verbal y no-verbal el estudiante demuestra confianza y seguridad relacionadas con la alergia alimentaria.</p>

Nombre del Medico (Impreso o sello) _____

Firma del Medico: _____

Fecha: _____

Nombre del Padre (Impreso): _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Nombre de la enfermera certificada (Impreso): _____

Firma de la enfermera certificada: _____

Fecha: _____

Consentimiento para divulgar información sobre alergias alimentarias

Estimado Padre/Tutor,

El Equipo para el Manejo de las Alergias en la escuela trabaja para minimizar la exposición a los alérgenos alimentarios para todos los alumnos. Aunque que los Servicios de Nutrición y Alimentación de Klein ISD están dedicados a prevenir la exposición de los alérgenos, Klein ISD no puede controlar los alimentos que otros estudiantes traen de la casa. Al mantener a los padres de otros estudiantes informados de la importancia de evitar los alérgenos en la escuela, podemos minimizar el exponer a su hijo/hijo a los alérgenos de alimentarios.

Klein ISD ha formulado una carta para padres que se puede distribuir a los estudiantes del salón de clase de su hijo/hija informándoles que un estudiante tiene alergias alimentarias. La carta no identifica a su hijo/hija, pero si les informa que tipo de alimentos deben dejarse en casa y los pasos para evitar contaminación. Se ha incluido una copia de esta carta.

Al firmar éste consentimiento, usted está declarando que ha revisado la carta para los padres, antes mencionada, y que está de acuerdo en que la carta sea distribuida a la clase de su hijo/hija.

Nombre del Estudiante

Identificación del Estudiante

Firma del Padre, Tutor, Padre Sustituto, Estudiante Adulto

Fecha:

Nombre Impreso

Firma del Intérprete, si se usó

Fecha:

Nombre Impreso del Intérprete, si se usó

Estimados Padres,

Un estudiante del salón de clase de su hijo/hija tiene una alergia severa a/al _____.

Un niño con este tipo de alergia corre el riesgo de desarrollar anafilaxia; un evento potencialmente mortal. Anafilaxia puede ocurrir cuando una persona come, toca o inhala el alimento al cual es alérgico. Por lo tanto, con el fin de promover la seguridad y el bienestar de éste estudiante, nos gustaría contar con su cooperación con los siguientes procedimientos.

Por favor, no envíe alimentos que contienen _____ para ser consumidos como bocadillos en el salón de clase. Usted puede enviar estos productos para consumir durante el almuerzo en la cafetería.

- Por favor no envíe caramelos u otras golosinas con las tarjetas de los días festivos.
- Si **su hijo/hija** comió _____ para el desayuno, asegúrese de que se lave las manos con agua y jabón antes de salir a la escuela. El utilizar agua sin jabón o sin desinfectante antibacterial para las manos no elimina los alérgenos.

Gracias por su cooperación con nuestros procedimientos para las alergias alimenticias.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma de la enfermera certificada
(*School nurse Signature*)

Número de teléfono