

Grade \_\_\_\_\_

**Inventario de Salud  
DISTRITO ESCOLAR DE DAYTON**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.:** \_\_\_\_\_ **Sexo: M F**

Padre o Representante: \_\_\_\_\_ # Hab. \_\_\_\_\_ # Trab. \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ # Celular \_\_\_\_\_

Padre o Representante: \_\_\_\_\_ # Hab. \_\_\_\_\_ # Trab. \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ # Celular \_\_\_\_\_

Padre/Representante: Por favor llene este formulario y esté consciente de que la información dada en él puede ser compartida con el personal apropiado de la escuela para tener una mejor idea de la situación de salud de su hijo(a).

**Los padres/representantes son responsables de notificarle a la enfermera de la escuela sobre las condiciones de salud específicas de su hijo(a) y los cambios de salud/alergias que ocurren durante el año escolar.**

**Problemas de Salud:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si hay restricciones, procedimientos o medicamentos que se van a necesitar en la escuela debido a cualquiera de las anteriores condiciones/enfermedades, deben proporcionar una nota **anual** de su pediatra.

**Por favor liste TODOS los medicamentos: (casa y escuela)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Para todos los medicamentos que sean administrados en la escuela, se requiere que se completen formularios adicionales).**

Nombre del doctor/clínica: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

La propuesta de ley número 742 de la 82va legislatura de Texas requiere que los distritos escolares soliciten, en el momento de la inscripción, que el padre o representante de cada alumno que asiste al distrito revele si el estudiante tiene alergias a los alimentos.

**El distrito de Dayton requiere actualizaciones anuales de información sobre la salud o las alergias del estudiante.**

Este formulario le permite informar si su hijo(a) tiene una alergia alimenticia o alergia alimenticia severa que cree debe ser revelada al distrito para permitir que el distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad de su niño.

**DEFINICIONES:**

**La intolerancia alimenticia** es una reacción desagradable a un alimento que, a diferencia de la alergia a un alimento, no implica una respuesta del sistema inmunitario o la liberación de histamina. La intolerancia alimenticia no es peligrosa para la vida.

**La reacción alérgica** es una reacción inmunitaria a una proteína.

\*\*\*"**La alergia alimenticia SEVERA**" significa una reacción peligrosa para la vida del ser humano a un alergeno de un alimento, introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel, que requiere atención médica inmediata.

Mi hijo(a) **no** tiene ninguna alergia alimenticia.

Mi hijo(a) **si** tiene alergia(s) a ciertos alimentos.

Mi hijo(a) tiene **alergias severas** a ciertos alimentos\* según la definición anterior.

Por favor indique cualquier alimento al cual su hijo(a) es alérgico o tiene alergia severa, así como la naturaleza de la reacción alérgica a la comida de su hijo(a):  
\_\_\_\_\_

¿Esta alergia ha sido diagnosticada por un médico? Sí  No

¿Tiene su hijo(a) un EpiPen? Sí  No

**Se requiere una autorización adicional para sustituciones de alimentos o medicamentos.**

\*\*Autorizo al personal del Distrito Escolar Independiente de Dayton a rendirle los primeros auxilios para la salud de mi hijo(a) mencionado anteriormente. A través de la presente autorizo a los oficiales del distrito a tomar cualquier acción que a su juicio sea necesaria para la salud de este niño(a) si llegara a presentarse una situación de emergencia. No haré responsable al distrito por cualquier gasto en el que se incurra por el cuidado de emergencia o el transporte de dicho niño(a).

**\*\*Firma del Padre/Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_