

Parent Allergy Letter

Dear Parents or Guardian of: _____ ID: _____

School: _____

Date: _____

You are receiving this letter because you indicated on the school registration form that your child has an allergy or you had medication at school last year.

In order for us to provide the best care for your child, we need your help with the following.

Please **initial** one of the following:

_____ My child does not have a life-threatening allergy and receives no treatment or medication.
Initials

_____ My child still has allergy symptoms but they are not considered life-threatening and does not receive
Initials treatment or medication.

_____ My child has life-threatening allergy symptoms and receives treatment and medication at
Initials _____ home _____ school

*****Parent Signature:** _____ **Date:** _____

If you marked the last choice, we ask that you complete the attached forms and return them to the school nurse as soon as possible. We require these forms every year, as the authorization is only good for one school year.

Epinephrine/Medication Authorization Request form - This gives the health team and school permission to give allergy medication to your child. Please use the Medication Authorization form for antihistamines.

Parent Information form- This gives us important health information related to your child’s allergy. Please sign the bottom of this form allowing the nurse to contact and communicate with your child’s doctor, if needed.

Texas Department of Agriculture Form 13.33 –This form is required to plan for dietary changes by school personnel and **must be signed by a physician.** Please return whether changes are requested or not.

Allergy and Anaphylaxis Physician Orders – This form explains what the doctor prescribes if your student is exposed to an allergen. Please make sure **you and physician** sign the bottom of the form where indicated.

Should you have any questions or concerns, please feel free to call us at _____.

Sincerely yours,

 School Health Team

Carta al padres sobre alergia

Muy estimados padres o custodio legal de: _____ ID: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

Usted está recibiendo esta carta porque indicó en la forma de matrícula escolar que su hijo(a) tiene una alergia o tuvo la medicación en la escuela el año pasado.

Para ofrecer a su hijo(a) el mejor cuidado necesitamos que nos ayude con lo siguiente:

Sírvase **inicial** uno de los siguientes renglones:

_____ Mi hijo(a) no tiene una alergia mortal y no recibe tratamiento o medicación.
Iniciales _____

_____ Mi hijo(a) tiene los síntomas de la alergia, pero que no se consideran potencialmente mortal y no reciben
Iniciales _____ tratamiento ni medicación.

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma y recibe tratamiento y medicación en
Iniciales _____ casa _____ la escuela

***Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Si Ud. marcó la última opción, le pedimos que llene las formas adjuntas y las devuelva a la enfermera escolar tan pronto como le sea posible. Requerimos que estas formas cada año, ya que la autorización sólo es válida por un año escolar.

Forma para pedir autorización de dar epinefrina/medicación. Ésta da al equipo de salud y a la escuela permiso de administrar a su hijo(a) medicinas para la alergia. Por favor, use el forma de autorización para medicamentos antihistamínicos.

Forma de información de los padres. Ésta nos da importante información de salud relacionada con la alergia de su hijo(a). Sírvase firmar la parte inferior de esta forma, para permitir a la enfermera contactar y comunicarse con el doctor de su hijo(a), si es necesario.

Forma de Texas Department of Agriculture 13.33- Este forma es necesario para planificar los cambios en la dieta por el personal de la escuela y debe ser firmado por un médico. Por favor volver si los cambios son o no solicitados.

La alergia y la anafilaxia las órdenes de los médicos - Este formas se explica lo que el médico prescribe si el estudiante está expuesto a un alergen. Por favor asegúrese de que usted y medico firme la parte inferior del forma donde se indica.

Si Ud. tiene preguntas o preocupaciones, siéntase libre de llamarme al: _____.

De Uds., atentamente,

Personal de salud escolar

ANAPHYLAXIS/ALLERGIC REACTION INFORMATION FROM PARENT

Student Name _____ School _____ Student ID _____

Birth Date _____ Teacher/grade _____ Bus # _____

Parent/Guardian _____ Phone (H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Parent/Guardian _____ Phone (H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Emergency contact _____ Relationship _____ Phone _____

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

Does your child see another doctor/clinic for anaphylaxis/allergic reaction? (If yes, please complete doctor information)? Yes No

Doctor/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

List all medications: Home _____
 School _____

What date did you child have their first anaphylactic/allergic reaction? _____

How many anaphylactic/allergic reactions has your child had since the first reaction? _____

When was your child's last anaphylactic/allergic reaction? _____

Has your child been hospitalized due to an allergic/anaphylaxis reaction? Yes No

Does your child have an Epinephrine auto- injector? Yes No **Does your child have asthma?** Yes No

What triggers an anaphylaxis/allergic reaction in your child? (Check all that apply)

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bee/Wasp sting | <input type="checkbox"/> Wheat | <input type="checkbox"/> Other Foods _____ |
| <input type="checkbox"/> Ant Bite | <input type="checkbox"/> Soy | <input type="checkbox"/> Other Foods _____ |
| <input type="checkbox"/> Other Insect Sting _____ | <input type="checkbox"/> Milk | <input type="checkbox"/> Other Foods _____ |
| <input type="checkbox"/> Peanuts | <input type="checkbox"/> Eggs | <input type="checkbox"/> Plants, flowers, cut grass, pollen |
| <input type="checkbox"/> Tree Nuts | <input type="checkbox"/> Fish | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Other Nuts _____ | <input type="checkbox"/> Shellfish | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Describe the symptoms your child experiences before or during an anaphylaxis/allergic reaction. (Check all that apply)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hives | <input type="checkbox"/> Vomiting | <input type="checkbox"/> Loss of consciousness |
| <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing | <input type="checkbox"/> Cramps/Stomach Pain | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Paleness | <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Complaint of tingling, itchiness, or metallic taste in the mouth | <input type="checkbox"/> Swelling/itching of the mouth or throat area | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Authorization for Release of Medical Information:

I hereby authorize _____ to furnish anaphylaxis/allergic reaction related information
 (Clinic/Provider)

regarding my child _____ to the Student Health Services personnel at _____
 Student's Name School

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

I give permission for the school nurse to communicate with my child's doctor concerning their anaphylaxis/allergic reaction and its treatment

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____



Ascension Seton



AUSTIN Independent School District

INFORMACIÓN DE LOS PADRES SOBRE REACCIÓN ANAFILÁCTICA / ALÉRGICA

Nombre del estudiante Escuela Student ID

Fecha de nacimiento Maestro/grado Bus #

Padre/Custodio legal Teléfono(casa) Teléfono(trabajo) Teléfono(Celular)

Padre/Custodio legal Teléfono(casa) Teléfono(trabajo) Teléfono(Celular)

Contacto de emergencia Relación Teléfono

Doctor/clínica Teléfono(oficina) FAX

¿Su hijo(a) ve a otro doctor/clínica para reacción anafiláctica/alérgica? (Si es "sí", favor de llenar la información del doctor)?

Doctor/Clinica Teléfono(oficina) FAX

Lista de todas las medicinas: Casa Escuela

¿En qué fecha tuvo su hijo(a) la primera reacción anafiláctica/alérgica?

¿Cuántas reacciones anafilácticas/alérgicas ha tenido su hijo(a) desde que tuvo la primera reacción?

¿Cuándo tuvo su hijo(a) la última reacción anafiláctica/alérgica

Ha sido hospitalizado su hijo(a) debido a una reacción anafiláctica/alérgica?

¿Ha tenido su hijo(a) un Epi-pen?

¿Su hijo(a) tiene asma?

¿Qué le provoca a su hijo(a) una reacción anafiláctica/alérgica? (Marque todo lo que se aplique)

- picadura de abeja/avispa, picadura de hormiga, picadura de otro insecto, cacahuates, nueces de árbol, Otras nueces, trigo, soya, leche, huevos, pescado, marisco, otros alimentos, plantas, flores, recorte de pasto, polen, otro

Describe los síntomas que su hijo(a) experimenta antes o durante una reacción anafiláctica/alérgica. (Marque todos los que sean)

- urticaria, dificultad para respirar, palidez, queja de cosquilleo, comezón, o sabor metálico en la boca, vómitos, cólicos/dolor de estómago, diarrea, hinchazón/comezón en la zona de la boca o la garganta, pérdida de conciencia, otro

Autorización para dar información médica:

Por este documento autorizo a para dar información relativa a reacción anafiláctica/alérgica de (Clínica/Proveedor)

mi hijo(a) al personal de Servicios de salud estudiantil en Nombre del estudiante Escuela

Firma de padres/custodio legal Nombre en letra de molde Fecha

Doy permiso para que la enfermera escolar contacte al doctor de mi hijo(a) con respecto a su reacción anafiláctica/alérgica y a su tratamiento

Firma de Padres/custodio legal Nombre en letra de molde Fecha

Form is in compliance with SB27

Parent/Guardian Authorization of Antihistamine at School

(Complete one form for each medication)

Student Name: _____ Birth Date: _____
 School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____ Student ID# _____

Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school. Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription/Over-the-counter medications may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. **After two (2) weeks, a physician's order will be required.**
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength (only one medication per page)	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires:	

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: (2 weeks if OTC and no order) _____
 When was the first dose of this medication given for this illness/condition? _____

Date and Time

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.
7. My child _____ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

 Parent/Guardian Printed Name Day Phone Home Phone

 Parent/Guardian Signature Date Relationship to Student

Reviewed by RN _____	SHA _____	may/ _____	may NOT administer this medication
Date			
RN PRINTED Name: _____	RN Signature: _____		

Autorización de Padres/Custodio legal para dar antihistamínico en la escuela

(Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP. Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar el nombre y el apellido del estudiante
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos semanas sólo con autorización de los padres. Después de dos semanas, se requerirá la orden de un médico.
- La primera dosis de esta medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera escolar para información adicional y para forma de petición.

Por favor completar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento médico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicina: _____ Fecha para terminar la medicina: (2 semanas si es OTC y sin orden) _____

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? _____
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comuniqué con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) _____ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.
 Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde _____ Teléfono de día _____ Teléfono de la casa _____

Firma de padres/custodio legal _____ Fecha _____ Relación con el estudiante _____

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicina	Date _____
Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: _____	Firma de RN: _____

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF EPINEPHRINE AUTO INJECTOR AT SCHOOL (Complete one form for each medication.)

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Student ID# _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school. Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Medication is in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date).
- Epinephrine Auto Injector must not be expired. **Exp. Date** _____
- Medication label contains the student's first and last name.
- All sharps are to be disposed of in an approved container.

Please complete the following:

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	Additional Comments

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

- I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed.
- I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
- I give permission for trained school personnel to assist the student with Epinephrine Auto Injector.
- My child _____ (circle one) **may/may not** carry the medication home when the school year ends. **Please note: With the exception of inhalers, students in Elementary grades may not carry medications home; all medications must be transferred from adult to adult.**

Parent/Guardian Printed Name _____ Day Phone _____ Home Phone _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Relationship to Student _____

IF YOU WANT YOUR CHILD TO CARRY HIS/HER EPINEPHRINE AUTO INJECTOR Children's/ AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Written request from parent/ guardian to allow the student to carry the prescribed Epinephrine Auto Injector and use without supervision.
- Permission from the school nurse, after assessing the student's knowledge and ability to safely carry and use the Epinephrine Auto Injector without supervision.
- WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE PHYSICIAN (see below).

I request that my child be permitted to carry the prescribed Epinephrine Auto Injector and to use it without supervision.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

- Student is knowledgeable about the Epinephrine Auto Injector and understands how and when to use it safely.
- Student may administer the Epinephrine Auto Injector without supervision.
- Student is not approved to self-medicate.

Physician's Printed Name _____ Office Phone Number _____ Physician's Signature _____ Date _____

Principal or designee notified for self carry: Yes No

Principal/Designee notified of self carry _____ yes _____ no
Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication. Date _____
RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

IHCP on file: Yes / No

Form in compliance with SB 27.

AUTORIZACIÓN DE PADRES/CUSTODIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE AUTO INYECTOR DE EPINEFRINA EN LA ESCUELA
(Complete una forma para cada medicación.)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID# _____
 Nombre de Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Solo las medicaciones que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante o que estén escritas en un IEP deben enviarse a la escuela. Los Servicios de Salud de niños estudiantes y AISD requieren lo siguiente:

- Que la medicación esté en el recipiente original, debidamente rotulado (nombre de la medicina con potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la prescribe, que tenga licencia de Texas, fecha actual).
- El auto-inyector de Epinephrine no debe haber expirado. **Fecha de Exp.** _____
- Que el membrete de la medicación contenga el nombre y el apellido del estudiante.
- Todas las finas agujas deben desecharse en un recipiente apropiado.

Favor de completar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicación	Dosis	Hora(s) de darla en la escuela	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicación: _____ Fecha de terminación de la medicación: _____

- Pido que la medicación antes citada se dé durante horas de escuela, tal como lo ordenó el médico de este estudiante. Pido también que la medicación se dé en viajes de estudio, tal como está prescrita.
- Doy permiso a la enfermera escolar para que se comunique con los maestros del estudiante, con respecto a la condición(es) de salud del estudiante y la acción(es) de la medicación.
- Doy permiso para que personal escolar capacitado asista al estudiante con el auto-inyector de Epinefrine.
- Mi hijo(a) _____ (ponga uno en un círculo) **puede/no puede** llevarse la medicina a la casa cuando termine el año escolar. **Favor de tomar nota: exceptuados los inhaladores, los estudiantes de grados de primería no pueden llevarse a casa las medicaciones; toda medicación debe transmitirse de un adulto a otro adulto.**

Nombre impreso de Padres/Custodio legal _____

Teléfono de día _____

Teléfono de casa _____

Firma de Padres/Custodio legal _____

Fecha _____

Relación con el estudiante _____

SI DESEA QUE SU HIJO LLEVE SU AUTO-INYECTOR DE EPINEFRINA Children's Student Health Services / Y AISD requieren lo siguiente:

- Petición escrita de uno de los padres/custodio legal para permitir que el estudiante lleve el auto-inyector prescrito de Epinefrina y su uso, sin supervisión.
- Permiso de la enfermera escolar, después de evaluar el conocimiento y la capacidad del estudiante de de transportar y usar con seguridad el auto-inyector de Epinefrina sin supervisión.
- FORMA DE AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO (vea a continuación).

Pido que se permita a mi hijo llevar el auto-inyector de Epinefrina prescrito y usarlo sin supervisión.

Firma de padres/Custodio legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO:

- El estudiante conoce el auto-inyector de epinefrina y entiende el modo y el momento para usarlo con seguridad.
- El estudiante puede administrar el auto-inyector de Epinefrina sin supervisión.
- El estudiante no está aprobado para auto-medicarse.

Nombre impreso del médico _____

Teléfono de su oficina _____

Firma del médico _____

Fecha _____

Director o su designado, notificado de que el estudiante puede portar la medicación: Sí No

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicación.

Fecha _____

RN Nombre IMPRESO: _____ RN Firma: _____

IHCP on file: Yes / No

Form in compliance with SB 27.

ALLERGY AND ANAPHYLAXIS PHYSICIAN ORDERS

Place
Picture
Here

Name: _____ D.O.B. _____ Student ID# _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: Yes (higher risk for a severe reaction) No

Extremely reactive to the following allergen(s): _____





THEREFORE:

If checked, give epinephrine immediately for *ANY* symptom if likely allergen exposure.

If checked, give epinephrine immediately if *DEFINITE* allergy exposure, even if no symptoms are noted

Note: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

MILD SYMPTOMS





			
NOSE	MOUTH	SKIN	GUT
Itchy/runny nose, sneezing	Itchy mouth	A few hives, mild itch	Mild nausea/discomfort




FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

- Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
- Stay with the person; alert emergency contacts.
- Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

**FOR ANY OF THE FOLLOWING:
SEVERE SYMPTOMS**

			
LUNG	HEART	THROAT	MOUTH
Short of breath, wheezing, repetitive cough	Pale, blue, faint, weak pulse, dizzy	Tight, hoarse, trouble breathing/swallowing	Significant swelling of the tongue and/or lips

			OR A COMBINATION of symptoms from different body areas.
SKIN	GUT	OTHER	
Many hives over body, widespread redness	Repetitive vomiting, severe diarrhea	Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion	

↓ ↓ ↓

- INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
- Call 911.** Tell them the child is having anaphylaxis and may need epinephrine when they arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport them to ER even if symptoms resolve. Person should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MEDICATION/DOSES

Epinephrine Brand: _____

Epinephrine Dose: 0.15mg IM 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

_____ PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____ PHYSICIAN/HCP SIGNATURE _____ DATE

**Request for Dietary Accommodation
Austin Independent School District
Solicitud para Acomodaciones Dietéticas
Distrito Escolar Independiente Austin**

Instructions: Parent or Guardian completes PART A. Physician completes PART B. School Nurse completes PART C. Nurse to keep a copy. Make copy for cafeteria or scan and e-mail to cafeteria. Cafeteria will contact Area Supervisor. Parent or Guardian and School Nurse will be notified after request is evaluated. Form is required annually.

Instrucciones: Padre o Tutor completa PARTE A. El Médico completa PARTE B. Enfermera Escolar completa PARTE C. Padre o Tutor y Enfermera de la escuela serán notificados después de evaluar la solicitud. Se requiere la forma anualmente.

PART A / PARTE A

Student's Name (<i>Nombre del estudiante</i>):		Age (<i>Edad</i>):	Student ID (<i>Identificación del estudiante</i>):
School (<i>Escuela</i>):	Grade (<i>Grado</i>):	Classroom (<i>Salón</i>):	
Printed Parent or Guardian's Name (<i>Nombre de impresa del Padre o Tutor</i>):		E-mail (<i>Dirección Electrónica</i>):	
		Phone (<i>Teléfono</i>):	

PART B / PARTE B

Physician licensed to practice medicine in the state of Texas is required to complete PART B and sign.

1. Does the Child have a disability recognized by the American's with Disability Act (ADA)?	YES	NO
If No, skip to Question # 3		
2. If YES, please identify the disability and describe the major life activities affected by the disability.		
3. If the Child does not have a disability, does the child have a food allergy or intolerance that results in an anaphylactic reaction when exposed to the food (s) to which they have problems?	YES	NO
4. If the answer to Questions 1 or 3 is YES, please check the following that affect the child. <input type="checkbox"/> Dairy <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Egg White <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Nut(s) <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> PKU Other: _____		
5. For food texture modification. List the foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner, indicate "all" (a) Cut up or chopped into bite size pieces. _____ (b) Finely ground. _____ (c) Pureed or Blended. _____		
6. Indicate any other comments about the child's eating or feeding patterns.		

_____ Licensed physician's printed or stamped name	Office Phone: _____ Office Fax: _____
_____ Licensed physician's signature	_____ Date

PART C / PARTE C

School Nurse:	Phone:
7. Does the Child have "Individualized Health Care Plan" (IHCP).	YES NO
8. Does the Child have a 504 Plan?	YES NO