

**Plan de Atención Médica de Alergia del Estudiante para las Enfermeras del Sistema  
Escolar del Condado de Newton y el  
Programa de Nutrición Escolar**

**Parte 1: Debe ser completada por el padre/tutor**

Nombre del Niño(a)	Fecha de Nacimiento
Nombre de la Escuela	Nivel de Grado/Aula
Nombre del Padre/Tutor	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal
( )	( )
Teléfono residencial	Teléfono del trabajo

**Parte 2: Para ser completada por un médico**

**Las señales de una reacción alérgica incluyen (encierre en un círculo los síntomas habituales del estudiante):**

Lista de alergias a las comidas: \_\_\_\_\_

Enumere las alergias no alimentarias (como el polen, etc.) \_\_\_\_\_

BOCA: picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca

GARGANTA: picazón y / o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos seca

PIEL: ronchas, sarpullido con picazón y/o hinchazón en la cara o las extremidades

TRACTO GI: (poco común) náuseas, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea

PULMONES: dificultad para respirar, tos repetitiva y/o jadear

CORAZÓN: pulso débil y "filoso", "desmayo

**ACCIÓN:**

1. Si se sospecha de ingestión, exposición o picadura, administre \_\_\_\_\_  
(medicación, dosis, vía)  
y \_\_\_\_\_ inmediatamente.  
(otras acciones a tomar)

2. Llame al 911 o a los Servicios Médicos de Emergencia Locales.

3. Llamar: Madre/Guardia Teléfono # \_\_\_\_\_ Padre: Teléfono# \_\_\_\_\_

Teléfono celular#: \_\_\_\_\_ Teléfono celular#: \_\_\_\_\_

Otro contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**Nota: Se requiere la firma de un médico si se necesita medicamento para tratar reacciones alérgicas.**

Verifique aquí si no se necesita medicamento.

**Parte 3 Para ser completado por el médico/autoridad médica  
discapacidad/necesidad dietética especial:**

¿Tiene el niño(a) una discapacidad que afecta sus necesidades nutricionales o de alimentación? Sí  No  \* Alergias alimentarias que resultan en condiciones que afectan las funciones inmunes, digestivas, neurológicas e intestinales, etc. La mayoría de los impedimentos físicos y mentales que pueden resultar de una alergia alimentaria se consideran una discapacidad.

Si el niño(a) no tiene una discapacidad\*, ¿tiene el niño(a) necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Sí  No

Si responde Si a cualquiera de estas preguntas Complete Parte 4

**Parte 4: A completar por el médico/autoridad médica****Orden de dieta:**

Enumere cualquier restricción dietética, como alergias o intolerancias alimentarias. Especifique qué alimentos deben omitirse:

**Parte 5: Para ser completada por la Autoridad Médica o el Padre/Tutor****Restricción de Leche Líquida:**

Tiene el niño(a) una necesidad dietética especial que restringe la ingestión de leche líquida? Sí  No

Si es así, enumere las necesidades médicas o dietéticas especiales (por ejemplo, intolerancia a la lactosa o por creencias culturales o religiosas):

Si el niño tiene intolerancia a la lactosa, ¿le gustaría que: Nutrición Escolar le proporcionara leche sin lactosa?

Tenga en cuenta: Nutrición Escolar solo puede adquirir leche sin lactosa, sin sabor. Sí  No

Nombre del médico/autoridad médica en letra de imprenta y número de teléfono del consultorio

Dirección o Sello de la Oficina

Firma del médico/Autoridad medica

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha

**Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico**

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, por la presente autorizo \_\_\_\_\_ (**Médico / Autoridad Médica**) divulgar dicha información de salud protegida de mi hij(a) según sea necesario para el propósito específico de la información de la Dieta Especial al Sistema Escolar del Condado de Newton y a mí consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información enumerada en este formulario y en sus registros sobre mi hijo(a) con el programa escolar según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hij(a). Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede rescindirse en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Esta información se divulgará con el propósito específico de información sobre dietas especiales. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre, tutor o representante oficial de la persona mencionada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

**Firma Parent/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Firmar esta sección es opcional, pero puede evitar demoras al permitirnos hablar con el médico.)

**Cualquier cambio puede requerir la presentación de un nuevo formulario firmado por el Médico/Autoridad Médica.**

**SOLO USO DE OFICINA:**

**Fecha y detalles de los ajustes a la orden de la dieta:**

Una copia de este formulario debe ser guardada por el Gerente de Nutrición Escolar y la Enfermera. FERPA permite a las enfermeras escolares compartir la información médica de los estudiantes con respecto a las necesidades dietéticas con los servicios de nutrición escolar.

