

**Distrito Escolar Independiente de McKinney  
Servicios de Salud Escolar**

**Plan Individualizado de Salud, la alergia que amenaza la vida**

Revisado y aceptado como Plan Individualizado de Salud (IHP) para el actual año escolar. Firma/Fecha de la enfermera (RN) \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ 1 2TmIDC B7 ( S)-4(a.46Tmo )10(de5-brñ04.224 891 0 0 1 72.024 89.1Tm[0]4(5)4(.)-5(1)4(3)-u)4(d)44(m)o4(v)7( )-a17(b)4(r)5(e)4( )-5(

**Distrito Escolar Independiente de McKinney  
Servicios de Salud Escolar**

Nombre del padre o de la madre \_\_\_\_\_

Firma del padre o de la madre \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

**Después de haber notificado al Servicio Médico de Emergencia (EMS en inglés)**

- Reúna toda la información correcta de la reacción, incluyendo la intervención médica y quién fue testigo del evento.
- Guarde una muestra de la comida que haya comido antes o el insecto si es posible, colóquelo en una bolsa y guárdelo

¿Sabe su hijo/a cuáles alérgenos evitar?    Sí    No

¿Sabe su hijo/a reconocer los síntomas de una reacción de alergia?    Sí    No

¿Proveerá usted las comidas para su hijo/a en la escuela?    Sí    No

¿Comerá su hijo/a la comida provista por la escuela, desayuno y/o almuerzo?    Sí    No

*\*\* Si se requieren sustituciones específicas por favor haga que su médico complete el formulario estándar de Sustitución Alimentos\*\**

**Fiestas en el aula, excursiones y meriendas:**

Las fechas de las fiestas en el aula y las opciones de las fiestas están especificadas por el/la administrador/a de la escuela. Los horarios de merienda son especificados por el/la maestro/a de la clase. **El Distrito Escolar Independiente de McKinney no puede garantizar que las comidas que se traen de fuera de la escuela han sido hechas sin productos alérgenos.** Usted debe escoger y proveer una merienda alternativa para su hijo/a.

**Es la responsabilidad de los padres de un niño/a con alergias de trabajar con el/la administrador/a de la escuela, el/la enfermero/a, y el/la maestra del aula con respecto al horario de merienda, fiestas en el aula y excursiones.**

**Almuerzo:**

Si su hijo/a tiene una alergia alimentaria que amenaza su vida, el Distrito Escolar Independiente de McKinney está tratando de añadir un nivel de protección para su hijo/a en la cafetería durante el almuerzo.

**Yo entiendo y acepto** que mi hijo/a se sentará solo/a en una mesa durante el periodo del almuerzo si no existen otros/as niños/as con similares alergias alimentarias que amenacen sus vidas en su grado el cual ha solicitado un asiento en la mesa libre de alérgenos.

**Yo entiendo y acepto** que los empleados del Distrito Escolar Independiente de McKinney no revisarán los almuerzos de los/as estudiantes para determinar si ellos no tienen "cacahuates y/u otro alérgeno".

Nombre del padre o la madre \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar Independiente de McKinney  
Servicios de Salud Escolar**

Nombre del/de la estudiante: \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

Metas de la familia del/de la estudiante para este año escolar:

El estudiante aumentará su auto-administración como evidencia para:

1. \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia**

**Padres/Guardián**

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

**Otros contactos de emergencias:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el/la estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

**Número de la Clínica de la escuela:** \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi hijo/hija es elegible para la ubicación en los servicios 504. Por favor, escriba sus iniciales en una de las siguientes oraciones.

\_\_\_\_\_ Yo estoy interesado/a en saber más acerca de la ubicación en los servicios de 504.

\_\_\_\_\_ Mi estudiante ya está recibiendo los servicios de 504. La última fecha de la reunión de 504 fue \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Yo no estoy interesado/a en continuar con los servicios de 504 en este momento.

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado.

Yo pido que esta medicación será dada por un/una empleado/a de la escuela. Yo comprendo que el Buró de la Administración del Distrito Escolar y los/as empleados/as del distrito no se hacen responsables de los daños o lesiones resultantes de la administración de este medicamento.

*Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tengan un interés legítimo en la información, de acuerdo con la Política de la Junta Escolar y de la Educación de la Familia y la Ley de la Privacidad del MISD. Yo doy permiso para la divulgación de información confidencial sobre problemas específicos de salud de mi hijo/a a terceros, personas distintas de las autoridades escolares, según sea necesario para facilitar la atención médica y / o tratamiento de mi hijo/a. Autorizo al enfermero / a la enfermera y el médico que prescribe el medicamento para tratar de forma confidencial o aclarar la orden de la medicación y para discutir la respuesta del/de la estudiante a la medicación prescrita según sea necesario por la ley (Enfermera Práctica y Médicos Practicantes de Texas).*

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / madre

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / madre

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Distrito Escolar Independiente de McKinney  
Servicios de Salud Escolar**