



**HEALTH SERVICES & PROGRAMS**  
**POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

FECHA: \_\_\_\_\_  
PARA EL PADRE DE: \_\_\_\_\_  
DE PARTE DE: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
GRADO: \_\_\_\_\_

REF: Alergia Severa a los Alimentos

- Adjuntos: 1) Medicamento Necesario durante el Horario Escolar  
2) Declaración Médica para Solicitar Comidas y/o Arreglos Especiales  
3) Otro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usted presentó documentación indicando que su hijo(a) tiene alergia severa a:

\_\_\_\_\_.

Si su hijo(a) ha tenido alguno de los siguientes síntomas en el pasado después de haber sido expuesto a las sustancias arriba mencionadas, es importante tomar los formularios adjuntos y llevarlos al Proveedor Médico de su hijo(a) para que los complete: comezón, urticaria, hinchazón de cara o brazos/piernas, náuseas, vómitos, tos frecuente, dificultad para respirar, u opresión en la garganta, etc. Si es necesario, el proveedor médico le recetará medicamento para que la escuela maneje cualquier reacción alérgica de su hijo(a). Favor de tener en cuenta que sólo las alergias severas serán consideradas.

Si medicamentos y una dieta especial son necesarios, favor de seguir los siguientes pasos:

1. Proveer sus propios alimentos de casa hasta que Food and Nutrition Services se comunique con usted.
2. Llevar el medicamento y el “Medical Statement to Request Special Meals” a su Médico.
3. Regresar los formularios firmados a la enfermera escolar para su revisión y seguimiento con Food and Nutrition Services.

Una vez que los formularios firmados hayan sido recibidos por Food and Nutrition Services, pasará lo siguiente:

1. El padre necesitará continuar enviando todos los alimentos hasta que Food and Nutrition Services se comunique con usted, lo cual tomará por lo menos diez (10) días.
2. Ningún alimento de nuestro comedor se le servirá a su hijo(a) hasta que el departamento de Food and Nutrition Services determine un plan de alimentación seguro.

Tenga en cuenta que si su hijo(a) presenta dificultad respiratoria o síntomas severos de alergia en la escuela, es el reglamento de nuestro distrito llamar al 911 y al padre o tutor. Gracias por ayudarnos a cuidar la salud y bienestar de su hijo(a). Si usted tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con la enfermera escolar.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Enfermera

\_\_\_\_\_  
Fecha

cc: Padre

Archivo de Salud: La enfermera escolar enviará una copia de este formulario y formularios posteriores a Food & Nutrition Services al (909-622-1037)