

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 treatment or medication.

Initials

_____ 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