

**Galena Park Independent School District  
Food Allergy Disclosure**

I have been informed by District personnel that I need to disclose this information to the school nurse.

Yes, my child has a **life-threatening** food allergy requiring immediate medical attention.

Please list the food(s) and any symptoms or the allergic reaction that your child experiences due to life-threatening food allergies. \_\_\_\_\_

When does the allergic reaction occur? Ingesting \_\_\_\_\_ Touch \_\_\_\_\_ Smell \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Has this food allergy been diagnosed by a health care provider? YES NO

If yes, please provide school nurse with current food allergy action plan.

Does your child have an Epi-pen? YES NO

Please contact your school nurse if your child has severe/life-threatening food allergies. If your child's allergies require the district to make food substitutions on your child's meal tray, the nurse will send you a Diet Modification Form to be completed by your child's physician.

**Distrito Escolar Independiente de Galena Park  
Información sobre Alergia a Alimentos**

El personal del Distrito me ha informado que debo revelar esta información a la enfermera de la escuela.

Sí, mi hijo/a tiene una alergia a un alimento que **pone en peligro la vida** y que requiere de atención médica inmediata.

Por favor anote el/los alimento/s y cualquier síntoma o la reacción alérgica que experimenta su hijo/a debido a alergias de alimentos que ponen en peligro la vida: \_\_\_\_\_

¿Cuándo sucede la reacción alérgica? Al ingerir \_\_\_\_\_ Al tocar \_\_\_\_\_ Al oler \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Esta alergia a alimentos ha sido diagnosticada por un proveedor de atención médica? SÍ NO

Si es sí, por favor proporcione a la enfermera de la escuela el plan de acción actual para la alergia a alimentos.

¿Tiene su hijo/a una *Epi-pen*? SÍ NO

Por favor contacte a la enfermera de la escuela si su hijo/a tiene alergia a alimentos severa o que pone en peligro su vida. Si la alergia de su hijo/a requiere que el distrito haga sustituciones de alimentos en la bandeja de comida de él/ella, la enfermera le enviará un Formulario de Modificación de Dieta para que el doctor de su hijo/a lo llene.

\_\_\_\_\_  
Student Name/Nombre de estudiante

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian/Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/Tutor