

**DISTRITO ESCOLAR del ÁREA de NORRISTOWN**

**Alergia a Picaduras de Abeja (Bee Sting Allergy)/Alergia a los Alimentos (Food Allergy)**

Fecha (Date)

Estimados Padres o Apoderados:

De acuerdo a nuestros archivos de emergencia, \_\_\_\_\_ es alérgico a las picaduras de abejas. Le solicitamos que su médico personal complete la parte inferior de este formulario. Le ruego me entregue esta información lo antes posible.

Si la reacción de su pupilo(a) requiere de medicamentos, por favor envíe tales medicamentos a la escuela para ser guardado en la enfermería (la escuela no tiene provisión de medicinas).

Cordialmente,

Enfermera de la Escuela (School Nurse)

-----  
**REPORT FROM PRIVATE PHYSICIAN**  
(Informe del Médico de la Familia)

Date (Fecha)

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ School (Escuela)

Bee Sting Allergy (Alergia a Picadura de Abeja) Yes (Si) \_\_\_\_\_ No

Food Allergy (Alergia a los Alimentos) Type/Tipo \_\_\_\_\_

Treatment/Medication prescribed (to be supplied by parent)  
(Tratamiento/Medicamento prescrito [entregado por los padres])

Dosage (Dosis)

How is medication to be given?  
(¿Cómo se ingiere la medicina?)

Comment (Comentario)

Physician's Signature (Firma del Médico) \_\_\_\_\_ #

Parent/Guardian Signature  
(Firma del Padre o Apoderado)

Devolver este formulario a \_\_\_\_\_, Enfermera (Nurse)

**NOTE: Epipens are encouraged, if necessary, rather than Anakits.**  
**(Se recomienda el uso de Epipens en lugar de Anakits.)**