

## 2017 - 2018 Texas Minimum State Vaccine Requirements for Students Grades K - 12

This chart summarizes the vaccine requirements incorporated in the Texas Administrative Code (TAC), Title 25 Health Services, §§97.61-97.72. This document is not intended as a substitute for the TAC, which has other provisions and details. The Department of State Health Services (DSHS) is granted authority to set immunization requirements by the Texas Education Code, Chapter 38.

### IMMUNIZATION REQUIREMENTS

A student shall show acceptable evidence of vaccination prior to entry, attendance, or transfer to a child-care facility or public or private elementary or secondary school in Texas.

Vaccine Required (Attention to notes and footnotes)	Minimum Number of Doses Required by Grade Level											Notes	
	Grades K - 6th						Grade 7th	Grades 8th - 12th					
	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11
Diphtheria/Tetanus/Pertussis <sup>1</sup> (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)	5 doses or 4 doses						3 dose primary series and 1 Tdap / Td booster <i>within the last 5 years</i>	3 dose primary series and 1 Tdap / Td booster <i>within the last 10 years</i>					<p><b>For K – 6<sup>th</sup> grade:</b> 5 doses of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine; 1 dose must have been received on or after the 4<sup>th</sup> birthday. However, 4 doses meet the requirement if the 4<sup>th</sup> dose was received on or after the 4<sup>th</sup> birthday. For students aged 7 years and older, 3 doses meet the requirement if 1 dose was received on or after the 4<sup>th</sup> birthday.</p> <p><b>For 7<sup>th</sup> grade:</b> 1 dose of Tdap is required if at least 5 years have passed since the last dose of tetanus-containing vaccine.</p> <p><b>For 8<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup> grade:</b> 1 dose of Tdap is required when 10 years have passed since the last dose of tetanus-containing vaccine. Td is acceptable in place of Tdap if a medical contraindication to pertussis exists.</p>
Polio <sup>1</sup>	4 doses or 3 doses											<p><b>For K – 12<sup>th</sup> grade:</b> 4 doses of polio; 1 dose must be received on or after the 4<sup>th</sup> birthday. However, 3 doses meet the requirement if the 3<sup>rd</sup> dose was received on or after the 4<sup>th</sup> birthday.</p>	
Measles, Mumps, and Rubella <sup>1,2</sup> (MMR)	2 doses											<p><b>For K – 12<sup>th</sup> grade:</b> 2 doses are required, with the 1<sup>st</sup> dose received on or after the 1<sup>st</sup> birthday. Students vaccinated prior to 2009 with 2 doses of measles and one dose each of rubella and mumps satisfy this requirement.</p>	
Hepatitis B <sup>2</sup>	3 doses											<p>For students aged 11 – 15 years, 2 doses meet the requirement if adult hepatitis B vaccine (Recombivax<sup>®</sup>) was received. Dosage (10 mcg /1.0 mL) and type of vaccine (Recombivax<sup>®</sup>) must be clearly documented. If Recombivax<sup>®</sup> was not the vaccine received, a 3-dose series is required.</p>	
Varicella <sup>1,2,3</sup>	2 doses											<p>The 1<sup>st</sup> dose of varicella must be received on or after the 1<sup>st</sup> birthday.</p> <p><b>For K – 12<sup>th</sup> grade:</b> 2 doses are required.</p>	
Meningococcal <sup>1</sup> (MCV4)							1 dose					<p><b>For 7<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup> grade,</b> 1 dose of quadrivalent meningococcal conjugate vaccine is required on or after the student's 11<sup>th</sup> birthday.</p> <p><b>Note:</b> If a student received the vaccine at 10 years of age, this will satisfy the requirement.</p>	
Hepatitis A <sup>1,2</sup>	2 doses											<p>The 1<sup>st</sup> dose of hepatitis A must be received on or after the 1<sup>st</sup> birthday.</p> <p><b>For K – 8<sup>th</sup> grade:</b> 2 doses are required.</p>	

↓ Notes on the back page, please turn over. ↓

Rev. 03/2017

**NOTE:** Shaded area indicates that the vaccine is not required for the respective age group.

<sup>1</sup> Receipt of the dose up to (and including) 4 days before the birthday will satisfy the school entry immunization requirement.

<sup>2</sup> Serologic evidence of infection or serologic confirmation of immunity to measles, mumps, rubella, hepatitis B, hepatitis A, or varicella is acceptable in place of vaccine.

<sup>3</sup> Previous illness may be documented with a written statement from a physician, school nurse, or the child's parent or guardian containing wording such as: "This is to verify that (name of student) had varicella disease (chickenpox) on or about (date) and does not need varicella vaccine." This written statement will be acceptable in place of any and all varicella vaccine doses required.

## Exemptions

Texas law allows (a) physicians to write medical exemption statements that the vaccine(s) required would be medically harmful or injurious to the health and well-being of the child or household member, and (b) parents/guardians to choose an exemption from immunization requirements for reasons of conscience, including a religious belief. The law does not allow parents/guardians to elect an exemption simply because of inconvenience (for example, a record is lost or incomplete and it is too much trouble to go to a physician or clinic to correct the problem). Schools should maintain an up-to-date list of students with exemptions, so they may be excluded in times of emergency or epidemic declared by the commissioner of public health.

Instructions for requesting the official exemption affidavit that must be signed by parents/guardians choosing the exemption for reasons of conscience, including a religious belief, can be found at [www.ImmunizeTexas.com](http://www.ImmunizeTexas.com) under "School & Child-Care." The original Exemption Affidavit must be completed and submitted to the school.

For children claiming medical exemptions, a written statement by the physician must be submitted to the school. Unless it is written in the statement that a lifelong condition exists, the exemption statement is valid for only one year from the date signed by the physician.

## Provisional Enrollment

All immunizations should be completed by the first date of attendance. The law requires that students be fully vaccinated against the specified diseases. A student may be enrolled provisionally if the student has an immunization record that indicates the student has received at least one dose of each specified age-appropriate vaccine required by this rule. To remain enrolled, the student must complete the required subsequent doses in each vaccine series on schedule and as rapidly as is medically feasible and provide acceptable evidence of vaccination to the school. A school nurse or school administrator shall review the immunization status of a provisionally enrolled student every 30 days to ensure continued compliance in completing the required doses of vaccination. If, at the end of the 30-day period, a student has not received a subsequent dose of vaccine, the student is not in compliance and the school shall exclude the student from school attendance until the required dose is administered.

Additional guidelines for provisional enrollment of students transferring from one Texas public or private school to another, students who are dependents of active duty military, students in foster care, and students who are homeless can be found in the TAC, Title 25 Health Services, Sections 97.66 and 97.69.

## Documentation

Since many types of personal immunization records are in use, any document will be acceptable provided a physician or public health personnel has validated it. The month, day, and year that the vaccination was received must be recorded on all school immunization records created or updated after September 1, 1991.



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

Texas Department of State Health Services • Immunization Unit • MC-1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 • (800) 252-9152

## Requisitos mínimos de vacunas en el estado de Texas de 2017 - 2018 para estudiantes de kínder a 12.o grado

Esta gráfica resume los requisitos de vacunación incorporados al Código Administrativo de Texas (TAC), título 25, Servicios de salud, secciones 97.61 a 97.72. Este documento no tiene como propósito sustituir al TAC, el cual contempla otras disposiciones y detalles. El Código de Educación de Texas, capítulo 38, confiere al Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) la autoridad para establecer los requisitos de inmunización.

### REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN

Los estudiantes deberán mostrar comprobantes de vacunación aceptables antes de inscribirse, asistir o ser transferidos a una guardería o una escuela primaria o secundaria pública o privada de Texas.

Vacuna requerida (Vea las notas y notas de pie de página)	Número mínimo de dosis requeridas por nivel de grado												Notas	
	De kínder a 6.º grado						7.º grado	De 8.º a 12.º grado						
	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
Difteria, tétanos, tos ferina <sup>1</sup> (DTaP, DTP, DT, Td, Tdap)	5 dosis o 4 dosis						Una serie primaria de 3 dosis y 1 refuerzo de la vacuna Tdap / Td dentro de los últimos 5 años	Una serie primaria de 3 dosis y 1 refuerzo de la vacuna Tdap / Td dentro de los últimos 10 años						<p><b>Para los grados kínder a 6.º:</b> 5 dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina; debe haberse recibido 1 dosis en o después del 4.º cumpleaños. Sin embargo, con 4 dosis se cubre el requisito si la 4.ª dosis se recibió en o después del 4.º cumpleaños. Para los estudiantes de 7 años de edad o más, con 3 dosis cumplen con el requisito si recibieron 1 de las dosis en o después del 4.º cumpleaños.</p> <p><b>Para el 7.º grado:</b> Se requiere 1 dosis de la vacuna Tdap si han pasado al menos 5 años desde la última dosis de una vacuna que contenga tétanos.</p> <p><b>Para los grados 8.º a 12.º:</b> Se requiere 1 dosis de la vacuna Tdap cuando hayan pasado 10 años desde la última dosis de una vacuna que contenga tétanos. La vacuna Td es aceptable en lugar de la vacuna Tdap si existe una contraindicación médica para la vacuna contra la tosferina.</p>
Polio <sup>1</sup>	4 dosis o 3 dosis												<p><b>Para los grados kínder a 12.º:</b> 4 dosis de la vacuna contra la polio; debe recibirse 1 dosis en o después del 4.º cumpleaños. Sin embargo, con 3 dosis se cumple con el requisito si la 3.ª dosis se recibió en o después del 4.º cumpleaños.</p>	
Sarampión, paperas y rubeola <sup>1,2</sup> (MMR)	2 dosis												<p><b>Para los grados kínder a 12.º:</b> Se requieren 2 dosis de la vacuna, la 1.ª de las cuales debe recibirse en o después del 1.º cumpleaños. Los estudiantes que fueron vacunados antes de 2009 con 2 dosis contra el sarampión y una dosis contra la rubeola y una dosis contra las paperas cumplen con este requisito.</p>	
Hepatitis B <sup>2</sup>	3 dosis												<p>Para los estudiantes de 11 a 15 años de edad, con 2 dosis cumplen con el requisito si recibieron la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax<sup>®</sup>). Tanto la dosis (10 mcg / 1.0 mL) como el tipo de vacuna (Recombivax<sup>®</sup>) deben documentarse claramente. Si la vacuna recibida no fue Recombivax<sup>®</sup>, se requiere una serie de 3 dosis.</p>	
Varicela <sup>1,2,3</sup>	2 dosis												<p>La 1.ª dosis de la vacuna contra la varicela debe recibirse en o después del 1.º cumpleaños.</p> <p><b>Para los grados kínder a 12.º:</b> Se requieren 2 dosis.</p>	
Vacuna antimeningocócica <sup>1</sup> (MCV4)							1 dosis						<p><b>Para los grados 7.º a 12.º,</b> se requiere 1 dosis de la vacuna antimeningocócica tetravalente conjugada en o después del 11.º cumpleaños del estudiante. <b>Nota:</b> Si un estudiante recibió la vacuna a los 10 años de edad, esto satisface el requisito.</p>	
Hepatitis A <sup>1,2</sup>	2 dosis												<p>La 1.ª dosis de la vacuna contra la hepatitis A debe recibirse en o después del 1.º cumpleaños.</p> <p><b>Para los grados kínder a 8.º:</b> Se requieren 2 dosis.</p>	

↓ Notas al reverso, por favor dé la vuelta. ↓

Rev. 03/2017

**NOTA:** Las casillas sombreadas indican que no se requiere la vacuna para el grupo de edad correspondiente.

<sup>1</sup> Recibir la dosis hasta (e inclusive) 4 días antes del cumpleaños satisfará el requisito de inmunización para inscribirse en la escuela.

<sup>2</sup> Son aceptables en lugar de la vacuna una prueba serológica de infección o la confirmación serológica de inmunidad al sarampión, las paperas, la rubeola, la hepatitis B, la hepatitis A o la varicela.

<sup>3</sup> Si se ha tenido la enfermedad previamente, puede documentarse con una declaración escrita de un médico, un enfermero escolar o uno de los padres o tutor del niño, la cual diga algo como: “Esto es para comprobar que (nombre del estudiante) tuvo la enfermedad de la varicela (varicella o chickenpox) el (fecha) o alrededor de esa fecha y no necesita la vacuna contra la varicela”. Dicha declaración escrita será aceptable en lugar de alguna o todas las dosis requeridas de la vacuna contra la varicela.

## Exenciones

La ley de Texas autoriza a que (a) los médicos redacten declaraciones de exención médica para una vacuna o vacunas requeridas que podrían ser médicamente dañinas o perjudiciales para la salud y el bienestar del niño o miembro del hogar, y (b) los padres o tutores opten por una exención de los requisitos de inmunización por razones de conciencia, incluidas las creencias religiosas. La ley no permite que los padres o tutores opten por una exención simplemente para evitarse inconvenientes (por ejemplo, cuando un registro se haya perdido o esté incompleto y sea mucha molestia ir con un médico o a una clínica para corregir el problema). Las escuelas deben mantener una lista actualizada de los estudiantes con exenciones, de forma que se les pueda excluir en casos de emergencias o epidemias declaradas por el comisionado de salud pública.

**Encontrará las instrucciones para solicitar la declaración jurada de exención oficial, la cual debe ser firmada por los padres o tutores que elijan la exención por razones de conciencia, incluidas las creencias religiosas, en [www.ImmunizeTexas.com](http://www.ImmunizeTexas.com), en el enlace para “Escuelas y guarderías”. El original de la declaración jurada de exención debe llenarse y entregarse en la escuela.**

En el caso de los niños para quienes se reclamen exenciones médicas, es necesario presentar a la escuela una declaración escrita del médico. A menos que en la declaración conste por escrito que existe una afección de por vida, la declaración de exención es válida solo por un año a partir de la fecha en que el médico la firmó.

## Inscripción provisional

Todas las inmunizaciones deben haberse completado antes del primer día de asistencia. La ley exige que los estudiantes estén completamente vacunados contra las enfermedades específicas. Un estudiante puede inscribirse de manera provisional si cuenta con un registro de inmunización que indique que el estudiante ha recibido al menos una dosis de cada vacuna específica apropiada para su edad según lo exige esta regla. Para seguir inscrito, el estudiante debe completar las dosis posteriores requeridas de cada serie de vacunas a tiempo según el calendario y tan rápidamente como sea médicamente posible, y debe proporcionar a la escuela un comprobante aceptable de que ha sido vacunado. Un enfermero escolar o administrador escolar revisará cada 30 días el estado de inmunización de los estudiantes inscritos de manera provisional para garantizar el cumplimiento ininterrumpido de la aplicación de las dosis de vacunas requeridas. Si, al final del periodo de 30 días, un estudiante no ha recibido una dosis posterior de la vacuna, el estudiante no está cumpliendo con las normas, y la escuela excluirá al estudiante de su asistencia a la escuela hasta que se le administre la dosis requerida.

Las normas adicionales para la inscripción provisional de estudiantes transferidos de una escuela pública o privada de Texas a otra, estudiantes que dependen de militares en servicio activo, estudiantes que viven en hogar de acogida y estudiantes en situación sin hogar, se encuentran en el TAC, título 25, Servicios de salud, secciones 97.66 y 97.69.

## Documentación

Dado que se usan muchos tipos de registros de inmunización personales, cualquier documento es aceptable si un médico o el personal de salud pública lo ha validado. Debe registrarse el mes, día y año en que se recibió la vacuna en todos los registros de inmunización escolares creados o actualizados después del 1 de septiembre de 1991.



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

Texas Department of State Health Services • Immunization Unit • MC-1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 • (800) 252-9152

# Weslaco Independent School District Asthma Action Plan

Students Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Parent's/Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Parent's/Guardian's Phone #: \_\_\_\_\_

**Important! Things that make your asthma worse (Triggers):**  smoke  pets  mold  dust  
 tree/grass/weed pollen  colds/viruses  exercise  seasons: other: \_\_\_\_\_

**Severity Classification:**  Severe Persistent  Moderate Persistent  Mild Persistent  Intermittent

**GO – You're Doing Well! USE THESE MEDICINES EVERY DAY TO PREVENT SYMPTOMS**

<p><b>You have <i>all</i> of these:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Breathing is good</li> <li>No cough or wheeze</li> <li>Sleep through the night</li> <li>Can work and play</li> </ul>	<p><b>CONTROLLER MEDICINE</b></p>	<p><b>DIRECTIONS</b></p>
<p><b>If your child usually has symptoms with exercise then give:</b></p>		

**Peak Flow may be useful for some kids.** Inhalers work better with spacers. Always use with a mask when prescribed.

**CAUTION – Slow Down! Continue with Green Zone Medicine and Add:**

<p><b>You have <i>any</i> of these:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>First signs of a cold</li> <li>Exposure to known trigger</li> <li>Cough</li> <li>Wheeze</li> <li>Tight chest</li> <li>Coughing at night</li> </ul>	<p><b>RESCUE MEDICINE</b></p>	<p><b>DIRECTIONS</b></p>
<p><b>Then:</b> Wait <b>20 minutes</b> and see if the treatment(s) helped                  If you are <b>GETTING WORSE</b> or <b>NOT IMPROVING</b> after the treatment(s)  <b>GO TO RED ZONE</b>                  If you are <b>BETTER</b>, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours. <b>Then:</b> If you still have symptoms after 24 hours, <b>CALL YOUR DOCTOR</b> and if he/she agrees:                  Start: _____                  If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your doctor at: _____</p>		

**DANGER – Get Help! TAKE THESE MEDICINES AND SEEK MEDICAL HELP NOW!**

<p><b>Your asthma is getting worse fast:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicine is not helping</li> <li>Breathing is hard and fast</li> <li>Nose opens wide</li> <li>Can't talk well</li> <li>Getting nervous</li> </ul>	<p><b>RESCUE MEDICINE</b></p>	<p><b>DIRECTIONS</b></p>
<p><b>Then:</b> Wait 15 minutes and see if treatment helped</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>If <b>GETTING WORSE</b> or <b>NOT IMPROVING</b>, go to the hospital or call <b>911</b></li> <li>If you are getting <b>BETTER</b>, continue treatments every 4 to 6 hours and call your doctor – <b>say you are having an asthma attack and need to be seen TODAY!</b></li> </ul> <p><b>Then:</b> If your doctor agrees, start: _____</p>		

Make an appointment with your primary care provider within **two days** of an emergency visit, hospitalization, or anytime for **ANY** problem or question with asthma

- School Nurse:** Call provider for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms
- Parents:** Call your doctor for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms

**Self-Administration:**  This student is capable to safely and properly self-administer this medication **OR**  This student is not approved to self-administer this medication

Signature: \_\_\_\_\_ Provider Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 This form is valid for one school year

**Parent/Guardian Consent: REQUIRED**

- I authorize this medication to be administered by school personnel  
**OR**  
 I authorize the student to possess and self-administer medication.  
 I also authorize communication between the prescribing health care provider, the school nurse, for asthma management and administration of this medication.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**\* Bring asthma meds and spacer to all visit**

# Weslaco Independent School District Plan de Acción Contra el Asma

Nombre de Estudiante: _____		Fecha de nacimiento: _____	
# Teléfono del Padre/Guardián: _____		_____	
<b>¡Importante! Cosas que hace peor el asma:</b> <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> mascotas <input type="checkbox"/> moho <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> polen de árbol/hierba <input type="checkbox"/> resfriado/virus <input type="checkbox"/> ejercicio <input type="checkbox"/> cambio de clima: <input type="checkbox"/> otras cosas: _____			
<b>de Severidad:</b> <input type="checkbox"/> Severo persistente <input type="checkbox"/> Moderado persistente <input type="checkbox"/> Leve persistente <input type="checkbox"/> Leve Intermitente			
<b>Proceda – ¡Está haciendo bien! USE ESTAS MEDICINAS CADA DÍA PARA PREVENIR SÍNTOMAS</b>			
<b>Usted tiene <i>todos</i> estos síntomas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respira bien</li> <li>No hay tos o sibilancias</li> <li>Duerme toda la noche</li> <li>Puede trabajar y jugar</li> </ul>	<b>MEDICINA DE CONTROL</b>		<b>COMO DEBERÍA TOMARLA</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Si por lo general su niño tiene síntomas de asma durante el ejercicio, déle:</b>		
Información sobre flujo máximo podría ser útil para niños que no perciben bien sus síntomas		Inhaladores funciona mejor con un espaciador. Siempre use con el espaciador con mascarilla o boquilla.	
<b>PRECAUCIÓN – ¡Detengase! Continúe con medicina de la Zona Verde y Añade:</b>			
<b>Si tiene estos síntomas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas iniciales del resfriado</li> <li>Contacto con alguna cosa que provoca asma</li> <li>Tos</li> <li>Sibilancia</li> <li>Pecho apretado</li> <li>Tos por la noche</li> </ul>	<b>MEDICINA DE RESCATE</b>		<b>COMO DEBERÍA TOMARLA</b>
	<b>Entonces: Espere 20 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si <b>ESTÁ EMPEORANDO NO HAY MEJORÍA</b> después del tratamiento, <b>PROCEDA A LA ZONA ROJA</b></li> <li>Si <b>HAY MEJORÍA</b>, continúe con la medicina en dosis indicada cada 4 a 6 horas como necesario durante 24 a 48 horas</li> </ul> <b>Entonces: Si todavía tiene síntomas después de 24 horas, LLAME A SU MÉDICO. Si él/ella está de acuerdo:</b> <input type="checkbox"/> Empiece: _____ <b>Si necesita medicina de rescate más que dos veces en una semana, llame a su médico: _____</b>		
<b>PELIGRO – ¡Obtenga ayuda! TOME ÉSTAS MEDICINAS Y COJA AYUDA MEDICA AHORA MISMO!</b>			
<b>Rápidamente, su asma está empeorando:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La medicina no le ayuda</li> <li>Respiración es difícil y rápido</li> <li>Las fosas nasales se abre ancha</li> <li>No puede hablar bien</li> <li>Se pone nervioso</li> </ul>	<b>MEDICINA DE RESCATE</b>		<b>COMO DEBERÍA TOMARLA</b>
	<b>Entonces: Espere 15 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si <b>ESTÁ EMPEORANDO o NO HAY MEJORÍA</b>, vaya al hospital o <b>llame 911</b></li> <li>Si <b>HAY MEJORÍA</b>, continúe con la medicina en dosis indicada cada 4 a 6 horas y llame a su médico – <b>Dígale que está teniendo un ataque de asma y necesita una cita HOY!</b></li> </ul> <b>Entonces: Si él/ella está de acuerdo, empiece: _____</b>		
Haga una cita con su proveedor de cuidado primario <b>dentro de dos días</b> a partir de una visita al ED o una hospitalización, o en cualquier momento para cualquier problema o pregunta sobre asma.			
<b>School Nurse: Call provider for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms</b> <b>Padre/Guardián: Llame al médico para discutir preguntas sobre control del asma o si uso de medicina de rescate es más que 2 veces/semana</b>			
<b>Self-Administration:</b> <input type="checkbox"/> This student is capable to safely and properly self-administer this medication <b>OR</b> <input type="checkbox"/> This student is not approved to self-administer this medication			
Signature: _____		Provider Printed Name: _____ Date: ____/____/____	
<b>THIS FORM IS VALID FOR ONE SCHOOL YEAR</b>			
<b>Padre/Guardián: OBLIGATORIO</b> <input type="checkbox"/> Autorizo al empleados medicos de la escuela para dar estas medicinas a mi niño/a <input type="checkbox"/> Autorizo al estudiante para tener estas medicinas y tomárselas a si mismo <input type="checkbox"/> Autorizo también la comunicación, entre el médico que prescribe las medicinas, la enfermera escolar, el consejero médico escolar, y profesionales de clínica basados en la escuela que es necesario para el manejo de asma y administración de estas medicinas.			
Firma del Padre/Guardián: _____		Fecha: _____	
Traiga medicinas para asma y espaciador a todas citas.			

**WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**  
**Food Service Department**  
**306 N. Bridge St.**  
**Weslaco, TX 78596**  
**(956) 969-6593 Fax (956) 969-6596**  
**RECETA MEDICA DE DIETA ESPECIAL**



Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Salon de Clase: \_\_\_\_\_

**NOTA A PADRES/TUTORES:** El distrito escolar requiere lo siguiente para poder hacer cambios a la dieta especial del Desayuno o Comida de su hijo/a:

1. Presente esta receta firmada por usted y por el medico. (EEUU solamente)
2. Presente una nueva receta al inicio de cada año escolar.
3. Para cambiar o cancelar la receta medica, necesitamos la autorización por escrito de usted y su medico.

**PARA LA ENFERMERA O EL PERSONAL MEDICO DE OFICINA:**

<b>Diagnóstico o condición (afección) medico del estudiante:</b>	Bajo la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973, el americano Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990 y la ley de enmiendas ADA de 2008, "una persona con una discapacidad" es cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que sustancialmente limita una o más actividades importantes de la vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.  <b>Marque las principales actividades vitales afectadas:</b> <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Trabajar <input type="checkbox"/> Aprender <input type="checkbox"/> Hacer tareas manuales <input type="checkbox"/> Cuidarse solo (incluso comer solo) <input type="checkbox"/> Otra: _____
<b>Receta de Dieta Terapéutica:</b>	<b>Indique los requisitos de consistencia de la comida:</b> <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Pedazos <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré

**Alimento Intolerante:** \_\_\_\_\_

**Alergia de Alimento:** \_\_\_\_\_

**Reacción Anafiláctico:**  SI     NO

**Si el estudiante tiene alergias con peligro de muerte, indique la reacción alérgica (indique todo aplicable):**

- Ingestión     Contacto     Inhalación

**Alergia/intolerancia a la leche (por favor indique el nivel de restricción de la leche:**

- Leche para beber     Todos los productos lácteos como leche fluida, queso, yogurt, margarina, aderezos y productos horneado  
 Estudiante permitido leche de soja     Estudiante permitido leche sin lactose

**Otra información/instrucciones con respecto a la dieta o alimentación:** \_\_\_\_\_

**Esta autorizado el padre a discontinuar la dieta sin la autorización del medico?**  SI     NO

**Duración de la dieta:** \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ hasta Julio 2018 (Nueva receta cada año escolar)

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PADRES O TUTORES**

Yo \_\_\_\_\_, padre de \_\_\_\_\_ autorizo al Departamento De Servicios de Alimentación servir la dieta recomendada por el medico. Autorizo el uso de la información de la dieta entre el medico, la enfermera escolar y el personal del departamento de Servicios Alimenticios.  
 Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

\*De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativa para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.asef.usda.gov/complaint\\_filing\\_eos.html](http://www.asef.usda.gov/complaint_filing_eos.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, (2) fax: (202) 690-7442, o (3) correo electrónico: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Favor de mandar por fax a:**

Atentamente: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**REQUISITO RENOVACION ANUAL**

<b>USO DE OFICINA SOLAMENTE</b>			
Nurse's Signature: _____	Date Received: _____	Dietitian's Signature: _____	Date Received: _____

WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Food Service Department

306 N. Bridge St.

Weslaco, TX 78596

(956) 969-6593 Fax (956) 969-6596

SPECIAL DIET PRESCRIPTION FORM



Name of Student: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Classroom: \_\_\_\_\_

NOTE TO PARENTS/GUARDIANS: A students who need a special meal for Breakfast or Lunch must do the following:

- 1. Present this form signed by parent or legal guardian and by prescribing physician (U.S. Physician only).
2. Keep the diet prescription current by submitting a new form at the beginning of each school year.
3. To change a diet order, we must have written consent from the parent or legal guardian and consent from your physician.

FOR PHYSICIAN, NURSE, OR MEDICAL OFFICE STAFF:

Table with 2 columns: Student Medical Diagnosis/Condition and Therapeutic Diet Prescription. Includes text about ADA and checkboxes for life activities affected (Walking, Seeing, Hearing, Speaking, Breathing, Working, Learning, Performing manual tasks, Caring for self, Other).

Food Intolerance: \_\_\_\_\_

Food Allergen: \_\_\_\_\_

Anaphylactic Reaction: YES NO

If student has life threatening allergies, check appropriate box(es) identify nature of the reaction:

- Ingestion Contact Airborne/Inhalation

Milk Allergy/Intolerance (Please indicate level of milk restriction):

- Milk to drink All Dairy Products including fluid milk, cheese, yogurt, margarine, dressings and baked goods
Student allowed Soy Milk Student allowed Lactose Free Milk

Other information/instructions regarding the Diet or Feeding: \_\_\_\_\_

Is parent allowed to discontinue diet order without written physician consent? YES NO

Duration of time for diet: Weeks Months Until July 2018 (New prescription required the start of each school year)

Printed Name of Physician Signature of Physician Date

Physician's address: Phone # Fax #

RELEASE OF INFORMATION:

By signing below, I, parent of authorize the Food Service Department personnel to serve my child the diet recommended by the doctor. I also authorize the release of information concerning this special diet request between the physician and the school nurse and/or Food Service personnel.

Parent/Guardian Signature Date Home Phone# Emergency Phone #

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Please fax information to:

Attention: Ms. Becky Gracia Fax # (956) 969-6596 Telephone # (956) 969-6593

YEARLY RENEWAL REQUIRED

FOR OFFICE USE ONLY: Nurse's Signature: Date Received: Dietitian's Signature: Date Received:



# Weslaco Independent School District Allergic Reaction /Anaphylaxis Emergency Plan

Date: \_\_\_\_\_  
(All authorizations expire at end of current school year)

Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**Severe allergic or anaphylactic reaction to:**

Insect bites or stings(list) \_\_\_\_\_  
Foods(list) \_\_\_\_\_  
Other \_\_\_\_\_

Asthmatic: Yes\* \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (\* At higher risk for severe reaction)

**Physician's Orders: (All medications are provided by parent/guardian)**

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_  
Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_  
Time/Frequency: \_\_\_\_\_  
Termination Date: \_\_\_\_\_  
Special Instructions: \_\_\_\_\_

**Treatment of Symptoms:**

	Epinephrine	Antihistamine
If a food allergen has been ingested, but <i>no symptoms</i> :		
Mouth - c/o itching, tingling, swelling of lips, tongue, mouth:		
Skin - Hives, itchy rash, swelling of face or extremities:		
Abdominal - Nausea, cramps, vomiting, diarrhea:		
Throat† - Tightening of throat, hoarseness, hacking cough:		
Lungs† - Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing:		
Heart† - Weak pulse, ↓ blood pressure, fainting, pale color		
Other†:		
If reaction is progressing (several area above are affected), give:		

† Potentially life-threatening. The severity of symptoms can quickly progress.

Physician's Name: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- This patient has been informed about the above named medication and has been instructed in correct administration. It is my professional opinion, that he/she should be allowed to carry and self-administer the medication.
- It is my professional opinion, that this patient should not carry or self-administer the above named medication.
- Patient wears Medic Alert ID (bracelet or necklace).

Physician's Name: \_\_\_\_\_  
Phone #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Physician's Signature \_\_\_\_\_

**WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION**

TO: SCHOOL NURSE AT \_\_\_\_\_ SCHOOL

DATE: \_\_\_\_\_

Please give \_\_\_\_\_ the following:

Name of medication \_\_\_\_\_

Dosage (how much) to be given \_\_\_\_\_

Time of day medication is to be given \_\_\_\_\_

The last dose given at home was at \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE WESLACO  
PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO**

PARA: ENFERMERA DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Favor de darle a \_\_\_\_\_ lo siguiente:

Nombre de la medicina \_\_\_\_\_

Dosis que debe tomar \_\_\_\_\_

La hora que se toma \_\_\_\_\_

La hora de la última  
dosis que tomó en casa fue \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature