

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Información de contacto del padre/tutor legal

Nombre completo: _____

No. de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Doy permiso al personal de Servicio de la Salud / Servicio de Alimentos para hablar con el médico acerca de las necesidades alimenticias descritas a continuación.

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

¿Qué comidas consumirá el estudiante de la cafetería de la escuela? (Encerrar en un círculo lo que corresponda)

DESAYUNO ALMUERZO NINGUNA (Si el estudiante no consume comidas de la cafetería, no es necesario llenar el formulario.)

*****OBLIGATORIO*** Los siguientes 6 puntos los debe llenar un médico con licencia para ejercer ***OBLIGATORIO*****

1. ¿Tiene el estudiante una discapacidad o alergia alimentaria mortal por la cual necesite modificaciones en su dieta? Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, indican que la persona con "una discapacidad es toda persona que tenga un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades de la vida" inclusive una dieta alimentaria con riesgo de muerte.

Sí No ** Si el estudiante NO tiene una discapacidad y/o una alergia alimentaria con riesgo de muerte o reacción anafiláctica, no hay necesidad de llenar este formulario; y por lo tanto será descartado. **

2. ¿Tiene el estudiante una receta para un Epi-pen para usar por alergia alimentaria?

Sí No

3. Diagnóstico médico: _____

4. Actividades importantes diarias afectadas por la discapacidad: _____

5. Alimentos que deben omitirse:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cacahuates/Frutos secos | <input type="checkbox"/> Pescado/Mariscos | <input type="checkbox"/> TRIGO** |
| <input type="checkbox"/> Leche en líquido | <input type="checkbox"/> Productos lácteos | <input type="checkbox"/> ALIMENTOS CON LECHE COMO INGREDIENTE** (Ej. Alimentos empanizados y pasados por leche) |
| <input type="checkbox"/> Huevos (solos) | | <input type="checkbox"/> PRODUCTOS CON HUEVOS COMO INGREDIENTE** (Ej. Productos horneados) |
| <input type="checkbox"/> Soja como ingrediente principal
(Ej. Leche de soja, soja verde, salsa de soja) | | <input type="checkbox"/> ALIMENTOS CON SOJA COMO INGREDIENTE MENOR** (Ej. Soja en alimentos procesados) |
| Otros: _____ | | |

**** Si el estudiante debe omitir la LECHE o LOS HUEVOS COMO INGREDIENTES, SOJA COMO INGREDIENTE MENOR, TRIGO o SI TIENE MÚLTIPLES ALERGIAS ALIMENTARIAS, entonces debemos proporcionarle una comida pre empaquetada y sin alérgenos para que reciban una comida en la cafetería.****

*****Los cambios y actualizaciones de modificaciones de dieta deben presentarse por escrito de parte del médico*****

6. Acomodaciones necesarias:

Comidas pre empaquetadas sin alérgenos- Sin: gluten, leche, huevos, frutos secos, soja, trigo, pescado, mariscos (Este menú está disponible a pedido.)

Alimentos sin frutos secos Alimentos sin mariscos Leche de soja Otros _____

Comidas para disfagia - Solo para estudiantes diagnosticados con la condición médica de disfagia

- Papillas
- Trituradas y húmedas (Anteriormente dieta de alimentos cortados de forma mecánica)
- Suaves y en trozos pequeños (Anteriormente dieta blanda mecánica)

Otros: _____

¿Necesita el estudiante que el servicio de nutrición proporcione espesador de comidas?: Sí No

El plazo de tiempo de procesamiento de la solicitud es de dos (2) semanas.

Nombre completo del médico (en letra de imprenta): _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

ENTREGAR EL FORMULARIO EN LA OFICINA DE LA ENFERMERA

¿Preguntas? Contactar a la nutricionista del servicio de alimentos: Katie.Barckholtz@cfisd.net OFICINA: 281-517-2031 FAX: 281-897-4184