



Solicitud del médico para adaptaciones dietéticas especiales

Distrito Escolar Independiente de Brazosport – Nutrición Infantil 202 Lakeview Drive • Clute , Texas 77531

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Nueva orden Cambiar orden Anular orden Sin cambios Fecha: _____

Formulario de modificación de la dieta del estudiante (SOLO para comidas en la cafetería)

Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ MI: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Número de identificación del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Información de contacto del padre/tutor

Nombre (letra de imprenta): _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Doy permiso al departamento de Nutrición Infantil para hablar con el médico mencionado a continuación o con la autoridad médica autorizada para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación. Entiendo que si cambian las necesidades médicas o de salud de mi hijo, es mi responsabilidad proporcionar la documentación del médico de mi hijo a Brazosport ISD.

Firma del padre/tutor

Fecha

¿Qué comidas comerá el estudiante de la cafetería de la escuela? (Marque todo lo que corresponda)

Desayuno Almuerzo Ninguno (el estudiante no comerá las comidas proporcionadas por la escuela, no es necesario hacer modificaciones)

Lo siguiente debe ser completado por un médico con licencia o autoridad médica que prescribe:

¿El estudiante tiene una alergia alimenticia potencialmente mortal/anafiláctica? Sí No

Si el estudiante NO tiene una discapacidad y/o alergia alimenticia, no es necesario completar este formulario y no se tomará en cuenta.

Discapacidad: _____ **Actividad importante de la vida afectada por la discapacidad (marque todo lo que corresponda):**

Principales funciones corporales Respirar Ver Hablar Aprender Comer Oír
 Caminar Cuidar de uno mismo Realizar tareas manuales Otro: _____
Necesita modificar la textura?: Blando (picado) Blando (molido) Puré Otro: _____

Alergia alimenticia (marque todos los alimentos que se omitirán de la dieta):

Cacahuetes Nueces Pescado Mariscos Trigo
Alergia a los lácteos (especifique): Solo leche líquida Sin lactosa (yogur, queso, leche líquida) Todos los lácteos, incluidos los productos horneados
Alergia al huevo (especifique): huevos enteros simples (p. ej., huevos revueltos) Todos los huevos, incluidos los productos horneados
Alergia a la soya (especifique): No soya como ingrediente principal (p. ej., edamame, salsa de soya, leche de soya) No soya como ingrediente secundario
Otro (por favor sea específico) _____

Enumere sustitutos de alimentos seguros: _____

SIN sustitutos (elimine el elemento de la comida SIN sustitutos) (La leche sin lactosa es la sustitución estándar cuando se omite la leche de vaca líquida)

Los sustitutos deben incluirse en la lista de los elementos omitidos anteriormente

Si el estudiante debe omitir LECHE o HUEVOS COMO INGREDIENTE, SOYA, TRIGO, o TIENE MÚLTIPLES ALERGIAS ALIMENTICIAS, debemos proporcionarles una comida libre de alérgenos con opciones muy limitadas

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita adaptaciones dietéticas especiales, como se describe anteriormente, debido a la discapacidad del estudiante y/o alergia alimenticia potencialmente mortal, según se indica.

Nombre del médico con licencia/autoridad médica (letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del médico/autoridad médica que prescribe: _____

Nombre y dirección de la clínica: _____

Teléfono de la Clínica: _____

Esperar hasta 6 semanas para el procesamiento. ¿Preguntas? Comuníquese con el departamento de Nutrición Infantil al 979-730-7110.