



Solicitud del médico para adaptaciones dietéticas especiales

Distrito escolar independiente de Cleveland: nutrición infantil 326 FM 1010 • Cleveland, Texas 77327

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

nueva Orden

cambio Orden

discontinuación

Sin cambios

Fecha: _____

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

Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/____ Número de identificación del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Información de contacto del padre/tutor

Nombre (en letra de imprenta): _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Doy permiso a los Servicios de Salud y Nutrición Infantil para hablar con el médico o la autoridad médica autorizada que se menciona a continuación para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación. Entiendo que si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar la documentación del médico de mi hijo al Distrito Escolar Independiente de Cleveland.

Firma del padre/tutor

Fecha

¿Qué comidas comerá el estudiante en 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 un alimento potencialmente mortal/anafiláctico ¿alergia? Sí No

Si el estudiante NO tiene una discapacidad y/o alergia alimentaria, no es necesario completar este formulario y se descartará.

Discapacidad: _____ **Actividad principal de la vida afectada por la discapacidad**

marque todas las que correspondan):

Función corporal principal Respirar Ver Hablar Aprender Comer Oír

Caminar Cuidar de uno mismo Realizar tareas manuales Otro: _____

necesita modificación de la textura?: Blando (picado) Blando (molido) Puré Otro: _____

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

Cacahuets Nueces Pescado Mariscos Trigo

Alergia a los lácteos (especifique): Leche líquida únicamente Sin lactosa (yogur, queso, leche líquida)

Todos los lácteos, incluidos los productos horneados

Alergia al huevo (especifique): Huevos enteros (p. ej., huevos revueltos) Todos los huevos incluidos en 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

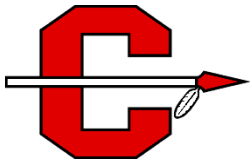
Otro (sea específico) _____

Enumere sustitutos de alimentos seguros: _____

SIN sustitutos (elimine el elemento de comida SIN sustitutos)

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

Si un estudiante debe omitir LECHE o HUEVOS COMO INGREDIENTE, SOJA, TRIGO, o TIENE MÚLTIPLES ALERGIAS ALIMENTARIAS, debemos proporcionarle un Alérgeno- Comida gratis con opciones muy limitadas



Solicitud del médico para adaptaciones dietéticas especiales

Distrito escolar independiente de Cleveland: nutrición infantil 326 FM 1010 • Cleveland, Texas 77327

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita adaptaciones dietéticas especiales, como se describe anteriormente, debido a la discapacidad del estudiante y/o alergia alimentaria 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: _____

Espere hasta 6 semanas para el procesamiento. ¿Preguntas? Comuníquese con Servicios de Nutrición Infantil al 281-592-2618.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.