

Friendship School

525 Third Street, Imperial Beach CA 91932 (858) 293-2213 FAX (619) 423-6007

Eating and Feeding Evaluation Evaluacion de Comer y Alimentar



Parte A		
Student's Name/ Nombre de Estudiante:		Date of Birth/ Fecha de nacimiento:
¿Tiene el niño las necesidades especiales de nutricional o comida? Si sí, completa Parte B de esta forma y lo tiene firmado por un médico licenciado.	Si	No
Si el niño no requiere comidas especiales, el padre puede firmar en el fondo y volver la forma al servicio del alimento de la escuela.		
Parte B (Para ser completado por el/la medico/a si es necesario)		
List any dietary restrictions or special diet.		
List any allergies or food intolerances to avoid. Complete "Food Allergy/Food Intolerance Information and Treatment Form." If no allergies please write "none"		
List foods to be substituted.		
List foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner, indicate "All." Cut up or chopped into bite size pieces: Finely ground: Pureed (please describe consistency, examples: similar to oatmeal, pudding, apple sauce, etc): Does your child need thickener in his/her liquids? Yes or No To what consistency? Should your child be offered water throughout the day? Y N		
List any special equipment or utensils that are needed.		
Indicate any other comments about the child's eating or feeding patterns.		
Firma de Padre		Fecha
Physician Signature:		Date:

* Por favor adjunte la copia más reciente del Estudio de tragar del niño si está disponible. *

Si no hay ningún estudio, solicitamos que el padre esté presente cuando el equipo del IEP hace una evaluación de la alimentación en el niño. Evaluaciones alimentación tendrán lugar durante la primera semana de la asistencia.