

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Información de contacto del padre o 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 o 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 por la cual necesite modificaciones en su dieta?

*La sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, indican que una persona con "una discapacidad es toda persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades de la vida", tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.*

Sí  No \*\* Si el estudiante NO tiene una discapacidad o una alergia alimenticia 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 alimenticia?

Sí  No

3. Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

4. Actividades importantes afectadas por la discapacidad: \_\_\_\_\_

### 5. Alimentos que deben omitirse:

\_\_\_\_ Cacahuates/Frutos secos    \_\_\_\_ Pescado/Mariscos    \_\_\_\_ **TRIGO\*\***  
\_\_\_\_ Leche en líquido    \_\_\_\_ Productos lácteos    \_\_\_\_ **ALIMENTOS CON LECHE COMO INGREDIENTE\*\*** (Ej. Alimentos empanizados y pasados por leche)  
\_\_\_\_ Huevos (solos)    \_\_\_\_ **PRODUCTOS CON HUEVOS COMO INGREDIENTE\*\*** (Ej. Productos horneados)  
\_\_\_\_ Soja como ingrediente principal    \_\_\_\_ **ALIMENTOS CON SOJA COMO INGREDIENTE MENOR\*\*** (Ej. Soja en alimentos procesados)  
(Ej. Leche de soja, soja verde, salsa de soja)  
\_\_\_\_ Sésamo    \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**\*\* Si el estudiante debe omitir la LECHE o LOS HUEVOS COMO INGREDIENTES, SOJA COMO INGREDIENTE MENOR, TRIGO o SI TIENE MÚLTIPLES ALERGIAS ALIMENTICIAS, entonces debemos proporcionarle una comida preempaquetada 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 preempaquetadas sin alérgenos-** Sin: trigo, gluten, leche, huevos, frutos secos, soja, pescado, mariscos, sésamo (menú 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**

\_\_\_\_ Papilla

\_\_\_\_ Triturada y húmeda (previamente cortadas de forma mecánica)

\_\_\_\_ Suave y en trozos pequeños (previamente suavizadas de forma mecánica)

\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

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

**ENTREGUE ESTE FORMULARIO LLENO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA - EL PROCESO TARDA DOS (2) SEMANAS.**

Nombre completo del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Preguntas? Contactar a la nutricionista del servicio de alimentos: [Sierra.Bell@cfisd.net](mailto:Sierra.Bell@cfisd.net) OFICINA: 281-517-2031 FAX: 281-897-4184

**Actualizado en julio de 2023**