Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Formulario de Modificación de Dieta Alimenticia del Estudiante

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 <u>de la cafetería de la escuela?</u> (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 <u>discapacidad o alergia alimentaria</u> 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: Specialdiets@cfisd.net OFICINA: 281-807-8929 FAX: 281-897-4184

Actualizado en julio de 2025