Servicios de alimentación y nutrición de Lake Travis ISD

(Siglas "FANS" en inglés)

Alojamientos de Comidas Médicas

No es necesario actualizar este formulario anualmente a menos que haya una actualización a la condición médica de su estudiante.

Parte A: Para ser completado por el padre / tutor	
Nombre del estudiante: _____	**Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____ **ID del Estudiante:** _____ **Campus:** _____
Nombre impreso del padre / tutor: _____	**Número de teléfono:** _____ **Correo electrónico:**_____

Parte B: DEBE ser completada por un profesional de la salud con licencia estatal o un dietista registrado (por ejemplo, MD, DO, NP, APRN o RD). Todas las secciones deben estar llenadas para que se puedan implementar las modificaciones en las comidas.

1. **¿Tiene el niño una discapacidad reconocida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades?**
   ❑ Sí ❑ No

2. **¿Si el niño NO tiene una discapacidad, tiene el niño una alergia o intolerancia alimentaria que resulte en una reacción anafiláctica o adversa cuando se expone a ese alimento específico?**
   ❑ Sí ❑ No

3. **Identifique la discapacidad, alergia o intolerancia alimentaria y describa las actividades principales de vida afectadas.**

4. **Indique todos los alimentos que afectan al estudiante.**
   ❑ **Lácteos frescos** (leche fluida, yogur, queso, etc.) ❑ **Lácteos horneados** (como ingrediente en productos horneados)
   ❑ **Huevos frescos** (Huevo cocidos, huevos revueltos, etc) ❑ **Huevos al horno** (como ingrediente en productos horneados) ❑ **Maníes** ❑ **Nueces de árbol** ❑ **Trigo/Gluten** ❑ **Soja** ❑ **Pescado** ❑ **Mariscos**
   ❑ **Sésamo** ❑ Otro:_____

5. **Describe el alojamiento necesario:** (alimentos para omitir o sustituir)

_____	_____	_____
Nombre impreso o sello del médico	**Firma del médico**	**Fecha**

Al enviar este formulario, usted autoriza a LTISD FANS a contactar al proveedor médico de su hijo(a) sobre la condición indicada. Para no autorizar, por favor firme sus iniciales aquí: _____.

He leído las órdenes anteriores y estoy de acuerdo con este plan de cuidado para mi hijo/a.

_____	_____
Firma del padre/tutor	**Fecha**

Por favor entregue los formularios completos a la enfermera de su escuela o envíelos por correo electrónico a Servicios de Alimentos y Nutrición. *Permita hasta 7 días hábiles para el procesamiento. Los padres pueden eliminar restricciones con un consentimiento por escrito enviando un correo electrónico a la dietista de FANS a bellm@ltisdschools.org. Para agregar o actualizar adaptaciones, se debe presentar un nuevo formulario. Para más información, visite: www.ltisdschools.org/mealaccommodations.*

Actualizada: 07/22/25