6291351973

Fort Worth ISD Servicios de Nutrición Infantil
Formulario sobre Información de Dieta y Declaración de Alergías
Devuelva la forma completada a la enfermera de la escuela

1. Padre/Guardián: complete Sección A. Firme y escriba la fecha (requerido para procesar)
2. Autoridad médica: complete Sección B. Nombre impreso, firma y la fecha (requerido para procesar)
3. Devuelva el formulario completo a la enfermera de la escuela.
4. Dietistas revisarán y procesarán sus formularios de acuerdo al orden en que son recibidos.
5. Todo formulario incompleto será devuelto a la enfermera de la escuela para que lo complete el Padre o Guardián.

- La información sobre nutrición, contenido de carbohidratos e alérgenos está disponible a través de Nutrislice para ayudarlos a planificar las comidas de su hijo de manera que se ajuste a sus preferencias dietéticas y religiosas, no se necesita un formulario de solicitud de dieta. Se puede acceder a la aplicacióm Nutrislice a través de: fwisd.nutrislice.com/menu. También pueden descargar la aplicación Nutrislice disponible para dispositivos Apple y Android.

SECCIÓN A. Para ser Completo por el Padre / Guardián

Número de Identificación del Estudiante | **Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre)** | **Fecha de Nacimiento**

Tipo de Solicitud ☐ Nueva ☐ Cambiar/Modificar ☐ Descontinuar

¿Qué comidas proporcionadas por la Cafetería de la Escuela comerá el estudiante? ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ NINGUNO

¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada? (IEP o Plan 504)? ☐ IEP ☐ 504 ☐ No

Dirección de correo electrónico del Padre/Guardián (ESCRIBE LEGIBLE)

Solicitudes de los padres que no se deben a una discapacidad médica. Tenga en cuenta: Los Servicios de Nutrición pueden intentar acomodar preferencias culturales / personales, pero NO están obligados por ley a hacerlo. Estas adaptaciones dependen de la disponibilidad del producto en la línea de servicio diario.

☐ **Vegano** ☐ **Sin Cerdo** ☐ **Otros**
☐ **Vegetariano** ☐ **Sin Carne**

Seccion B no será requerida para solicitudes que no se deban a discapacidad médica.

Este formulario debe completarse al comienzo de cada año escolar y cada vez que haya un cambio o interrupción de las necesidades dietéticas durante el año escolar. La finalización anual de este formulario por parte de la autoridad médica del estudiante garantiza que se comuniquen las necesidades nutricionales actuales.

Doy permiso a los Servicios de Nutrición Infantil del Distrito Escolar Independiente de Fort Worth para hablar con la autoridad médica para discutir las necesidades dietéticas según lo ordenado.

X

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN | **Fecha** | **Número de Teléfono del Padre/Guardián**

SECCIÓN B. Para ser Completo por el Médico Primario / Autoridad Médica

MODIFICACIÓN DE TEXTURA:

☐ Todo el Año ☐ Temporal Comienzo: _____ Termina: _____

Requiere Utensilios Especiales: _____

Nutrientes Especificos: Carbohidratos, calorías, si aplica:

Líquidos: ☐ Delgado (Líquidos Regulares) ☐ Ligeramente Grueso ☐ Moderadamente grueso ☐ Extremadamente grueso

Sólidos: ☐ Regular ☐ Picado y Húmedo ☐ Suave y de Tamaño de Bocado ☐ Puré

ALERGIAS (Seleccione todas las que apliquen):

HUEVO
- ☐ Huevos enteros como huevos revueltos o huevos cocidos.
- ☐ Productos horneados con cualquier huevo listado como ingrediente

LÁCTEOS
- ☐ Todos los alimentos / bebidas con leche incluida como ingrediente, incluidos los productos horneados
- ☐ Queso y recetas con queso listado como ingrediente
- ☐ Yogur
- ☐ Leche fluida (Sustitución: ☐ Leche Sin Lactosa ☐ Agua ☐ Soya)

PESCADO O MARISCO
- ☐ Pescado
- ☐ Marisco

TRIGO / GLUTEN
- ☐ Recetas con trigo listado como ingrediente
- ☐ Recetas con gluten (trigo, cebada, centeno, triticale) listadas como ingrediente

MAÍZ
- ☐ Maíz entero como granos de maíz, chips de tortilla, muffin de maíz
- ☐ Recetas con maíz / productos de maíz listados como ingrediente

NUECES
- ☐ Maní (Cacahuate)
- ☐ Nueces de Árbol (especifique):_____

SOYA
- ☐ Lecitina de Soya
- ☐ Proteína de soya (concentrado, hidrolizado, aislado)
- ☐ Artículos del menú con cualquier soya listada como ingrediente

OTROS _____

_____

Certifico que al estudiante mencionado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describió anteriormente debido a la alergia alimentaria o la intolerancia / alergia alimentaria del estudiante según la discapacidad.

Nombre de la Autoridad Médica: _____ (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) ☐ MD ☐ DO ☐ RD ☐ PA ☐ NP ☐ SLP

Firma del médico / autoridad médica que prescribe:_____ (FIRMA) _____ (FECHA)

Número de Teléfono:_____

No escriba aquí abajo. Para uso Escolar Solamente

School Nurse/Office Personnel USE ONLY

Manager's Name:_____ Manager's Email:_____ Phone Number:_____ School Name & Number:_____

School RN Name:_____ School RN Phone Number:_____ School RN Email: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

FOOD ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY CARE PLAN

FARE
Food Allergy Research & Education

PLACE PICTURE HERE

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: ☐ **Yes (higher risk for a severe reaction)** ☐ **No**

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Extremely reactive to the following allergens: _____

THEREFORE:

☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was LIKELY eaten, for ANY symptoms.

☐ If checked, give epinephrine immediately if the allergen was DEFINITELY eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR **ANY** OF THE FOLLOWING:

SEVERE SYMPTOMS

LUNG
Shortness of breath, wheezing, repetitive cough

HEART
Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness

THROAT
Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing

MOUTH
Significant swelling of the tongue or lips

SKIN
Many hives over body, widespread redness

GUT
Repetitive vomiting, severe diarrhea

OTHER
Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion

OR A COMBINATION of symptoms from different body areas.

1. **INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
2. **Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.

- Consider giving additional medications following epinephrine:
  - » Antihistamine
  - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
- Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
- If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
- Alert emergency contacts.
- Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS

NOSE
Itchy or runny nose, sneezing

MOUTH
Itchy mouth

SKIN
A few hives, mild itch

GUT
Mild nausea or discomfort

FOR **MILD SYMPTOMS** FROM **MORE THAN ONE** SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR **MILD SYMPTOMS** FROM **A SINGLE SYSTEM** AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: ☐ 0.1 mg IM ☐ 0.15 mg IM ☐ 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

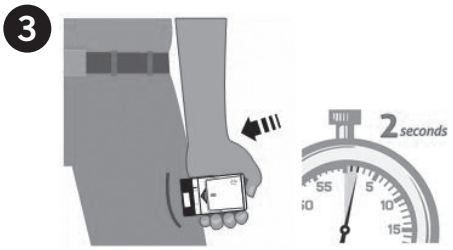
Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____

_____

PATIENT OR PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION SIGNATURE DATE PHYSICIAN/HCP AUTHORIZATION SIGNATURE DATE

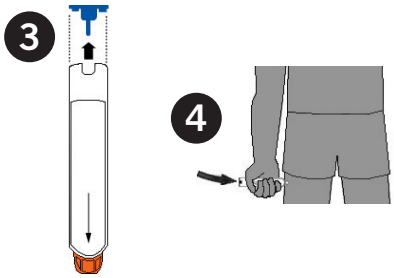
FORM PROVIDED COURTESY OF FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 5/2018

HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPRHINE INJECTION, USP), KALEO



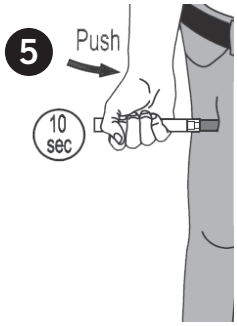
1. Remove Auvi-Q from the outer case.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end of Auvi-Q against the middle of the outer thigh.
4. Press firmly until you hear a click and hiss sound, and hold in place for 2 seconds.
5. Call 911 and get emergency medical help right away.

HOW TO USE EPIPEN® AND EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN



1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
5. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
6. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.

HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENACLICK®), USP AUTO-INJECTOR, IMPAX LABORATORIES



1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip.
3. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
4. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh.
5. Press down hard and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
6. Remove and massage the area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.

ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.)**:**

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____