

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). <u>Todas las secciones deben estar llenadas</u> 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 líquida, yogur, queso, queso en polvo, etc.) ☐ Lácteos horneados (horneados/cocinados dentro de otro alimento) ☐ Huevos frescos (huevos revueltos, mayonesa, aderezos para ensalada, etc.) ☐ Huevos horneados (horneados/cocinados dentro de otro alimento) ☐ Cacahuete (maní) ☐ 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: _____. <i>He leído las órdenes anteriores y estoy de acuerdo con este plan de cuidado para mi hijo/a.</i> _____ 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: 07/19/26