



Formulario de modificacion de dieta de Commerce ISD

Este formulario debese completado en su totalidad ANTES de que se realice cualquier modificación o sustitución dietética. Las escuelas no están obligadas a modificar los alimentos en base de las preferencias alimentarias.

# de identificación estudiantil:	Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre):	Fecha de nacimiento:
☐ Nueva petición ☐ Cambiar petición existente ☐ Descontinuar petición	¿Qué comidas proporcionadas por la cafetería escolar comerá el estudiante? ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Ninguno	¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada? (IEP o 504 Plan) ☐ IEP ☐ 504 ☐ N/A
Estudiantes con discapacidad médica/que pone en peligro su vida		Estudiantes SIN discapacidad médica/no pone el peligro su vida
Sección A. Para ser completado por el Me dico/Autoridad Me dica ¿Tiene el estudiante una discapacidad que restringe su dieta? ☐ Sí ☐ No <i>Si responde que sí, describa o indique la discapacidad o el diagnóstico del estudiante. Explique por qué restringe su dieta y enumere las principales actividades cotidianas afectadas por la discapacidad:</i> Alergia Alimentaria El estudiante tiene alergias que SON mortales/anafilácticas: ☐ Sí, continúe con esta sección ☐ No, ver la sección B ☐ No Trigo ☐ No Cacahuete/Maní ☐ No Nueces de árbol ☐ No Sésamo ☐ No Pescado ☐ No Crustáceos ☐ No Soja (se permite lecitina y aceite de soja) ☐ No Leche Alergia al huevo ☐ No Huevos enteros (revueltos o hervidos) ☐ Ninguna opción del menú con huevo como ingrediente ☐ Otro, por favor enumere Sustitutos Alimentarios Seguros: 		Sección B. Para ser completado por el Me dico/Autoridad Me dica Alergia Alimentaria El estudiante tiene alergias que NO son mortales/anafilácticas: ☐ No Trigo ☐ No Cacahuete/Maní ☐ No Nueces de árbol ☐ No Sésamo ☐ No Pescado ☐ No Crustáceos ☐ No Soja (se permite lecitina y aceite de soja) ☐ No Leche Alergia al huevo ☐ No Huevos enteros (revueltos o hervidos) ☐ Ninguna opción del menú con huevo como ingrediente ☐ Otro (Por favor especifique si el alérgeno es un ingrediente cocido o cuando es consumido entero/fresco): Sustitutos Alimentarios Seguros:
		Sección C. Completar por padre o tutor. No se requiere firma de me dico. Intolerancia a la lactosa ☐ No Queso & Yogur ☐ No Leche líquida ¿Sustituir con leche de soja? ☐ Sí ☐ No Creencias Religiosas/Culturales: Va contra las normas del distrito marcar cuentas o restringir las opciones de los estudiantes sin razón me dica. Si el estudiante debe evitar ciertas comidas por razones religiosas o culturales, se anima a las familias a repasar las opciones de menu en Commerce ISD
Entiendo como padre/tutor que es mi responsabilidad actualizar este formulario cada que haya un cambio o discontinuación de las necesidades dietéticas y darlo a la enfermera escolar. Doy permiso a Commerce ISD FNS de hablar con la autoridad me dica para conversar sobre las necesidades dietéticas según lo ordenado.		
★ Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Numero de contacto de Padre/Tutor: _____		
Para ser completado sólo por el médico tratante, asistente médico o enfermera practicante del estudiante. Certifico que el estudiante anteriormente nombrado necesita que se le ofrezcan sustituciones alimentarias según lo descrito. FNS intentará hacer sustituciones, pero se reserva el derecho de modificar el menú en función de la disponibilidad de productos.		
Nombre impresado de la Autoridad Médica: _____ ☐ MD ☐ DO ☐ PA-C ☐ NP Email: _____ # de telefono: _____ Firma de Autoridad Me dica: _____		
Nombre Impreso de RN: _____ Escuela: _____ # de telefono: _____ Fecha: _____ Nombre Impreso de Gerente de School Cafe: _____ # de telefono: _____ Fecha: _____		