

# Dickinson Independent School District – Food & Nutrition Services

4003 Video Street • Dickinson, Texas 77539 • Tel. 281-229-6012



## Entregar este formulario a la enfermera de la escuela

Nueva Forma     Cambios en la forma     Descontinuar Forma     Sin Cambios

Formulario de modificación de Dieta Alimenticia del Estudiante **(SOLAMENTE para comida en la cafetería)**

Revised 7/22

**Estudiante** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ identificación del Estudiante #: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### información de contacto para Padres o Tutores

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Doy permiso al Departamento de Comida y Nutrición para hablar con el Médico o la Autoridad Médica Autorizada a continuación para discutir las necesidades dietéticas que se describen a continuación. Entiendo que si cambian las necesidades médicas o de salud de mi hijo, es mi responsabilidad proporcionar la documentación del médico de mi hijo a Dickinson ISD.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

Fecha: \_\_\_\_\_

### Qué comidas consumirá el estudiante de la cafetería en la escuela? (Marcar las que correspondan)

Desayuno     Almuerzo     Ninguna (*Si el estudiante no comerá de la cafetería, no se hará ninguna modificación*)

Tiene el estudiante alguna **alergia alimentaria mortal /alergia alimentaria anafiláctica?**     Si (complete sección A)

No (complete sección B)

**\*Si el estudiante NO tiene una discapacidad y / o alergia a los alimentos, este formulario no necesita ser completado y será descartado. \***

## La siguiente información debe ser llenada por el médico tratante o con licencia para ejercer:

### Sección A: Alergia de comida (Seleccione los alimentos que deben omitirse en la dieta):

Cacahuate     Nueces     Pescado     Mariscos     Trigo  
 Semillas de sésamo

**Alergia a los lácteos** (especificar):  Leche líquida (solamente)  
 Todos los productos lácteos incluidos en productos horneados.

**Alergia al Huevo**  
(especificar):  Huevos solos (ex. Huevos revueltos)  
 Sin huevos incluidos en los productos horneados

**Alergia a la soya** (especificar):  
 No soya como ingrediente principal (por ejemplo, Edamame, salsa de soya, leche de soya)  
 No soya como ingrediente menor (por ejemplo, relleno de soya en carnes, aceite de soya)

Otras (por favor sea específico) \_\_\_\_\_

Substitutos de alimentos seguros: \_\_\_\_\_

### Sección B: Discapacidad

#### Discapacidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Actividad importante de la vida diaria** que es afectada por la discapacidad.

(Marque las casillas si aplica):

Función corporal principal     Respirar  
 Vista     Habla     Aprender  
 Comer     Escuchar     Caminar  
 El cuidado de uno mismo  
 Realización de tareas manuales  
 Otros: \_\_\_\_\_

#### ¿Es necesaria una modificación de textura?

Regular     Blanda  
 Puré     Suave (picado)

Otras: \_\_\_\_\_

**\*\* Si el estudiante debe omitir la LECHE o los HUEVOS COMO INGREDIENTE, SOYA COMO INGREDIENTE MENOR, TRIGO o TIENE MULTIPLES ALERGIAS ALIMENTARIAS, debemos proporcionarle una Comida Libre de Alérgenos con opciones muy limitadas \*\***

Nombre del Doctor con Licencia (nombre): \_\_\_\_\_ Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la clínica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Este proceso puede tardar 2 semanas.**

**Preguntas? Llame a Depto. de Comida y Nutrición 281-229-6012**