

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 7/23

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):

Cacahuete 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

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (855) 256-1665 or (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.