

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)**

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.
☐ Leche deslactosada (yogurt, queso, leche fluida)

Alergia al Huevo

(especificar): ☐ Huevos solos (ex. Huevos revueltos)
☐ 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 ****

Certifico que el estudiante arriba mencionado requiere adaptaciones dietéticas especiales, según lo descrito anteriormente, debido a su discapacidad o condición médica, tal como se indica.

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