



# Solicitud del médico para adaptaciones dietéticas especiales

Distrito Escolar Independiente de Brazosport – Nutrición Infantil 202 Lakeview Drive • Clute , Texas 77531

**POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**

Nueva orden     Cambiar orden     Anular orden     Sin cambios    Fecha: \_\_\_\_\_

### Formulario de modificación de la dieta del estudiante (SOLO para comidas en la cafetería)

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

#### Información de contacto del padre/tutor

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Doy permiso al departamento de Nutrición Infantil para hablar con el médico mencionado a continuación o con la autoridad médica autorizada para analizar 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 Brazosport ISD.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿Qué comidas comerá el estudiante de la cafetería de la escuela? (Marque todo lo que corresponda)

Desayuno     Almuerzo     Ninguno (el estudiante no comerá las comidas proporcionadas por la escuela, no es necesario hacer modificaciones)

### Lo siguiente debe ser completado por un médico con licencia o autoridad médica que prescribe:

¿El estudiante tiene una alergia alimenticia potencialmente mortal/anafiláctica?     Sí     No

\*Si el estudiante NO tiene una discapacidad y/o alergia alimenticia, no es necesario completar este formulario y no se tomará en cuenta.\*

**Discapacidad:** \_\_\_\_\_ **Actividad importante de la vida afectada por la discapacidad (marque todo lo que corresponda):**

Principales funciones corporales     Respirar     Ver     Hablar     Aprender     Comer     Oír  
 Caminar     Cuidar de uno mismo     Realizar tareas manuales    Otro: \_\_\_\_\_  
Necesita modificar la textura?:     Blando (picado)     Blando (molido)     Puré     Otro: \_\_\_\_\_

**Alergia alimenticia (marque todos los alimentos que se omitirán de la dieta):**

Cacahuets     Nueces     Pescado     Mariscos     Trigo  
Alergia a los lácteos (especifique):     Solo leche líquida     Sin lactosa (yogur, queso, leche líquida)     Todos los lácteos, incluidos los productos horneados  
Alergia al huevo (especifique):     huevos enteros simples (p. ej., huevos revueltos)     Todos los huevos, incluidos los productos horneados  
Alergia a la soya (especifique):     No soya como ingrediente principal (p. ej., edamame, salsa de soya, leche de soya)     No soya como ingrediente secundario  
Otro (por favor sea específico) \_\_\_\_\_

**Enumere sustitutos de alimentos seguros:** \_\_\_\_\_

SIN sustitutos (elimine el elemento de la comida SIN sustitutos) (La leche sin lactosa es la sustitución estándar cuando se omite la leche de vaca líquida)

\*Los sustitutos deben incluirse en la lista de los elementos omitidos anteriormente\*

\*\*Si el estudiante debe omitir LECHE o HUEVOS COMO INGREDIENTE, SOYA, TRIGO, o TIENE MÚLTIPLES ALERGIAS ALIMENTICIAS, debemos proporcionarles una comida libre de alérgenos con opciones muy limitadas\*\*

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita adaptaciones dietéticas especiales, como se describe anteriormente, debido a la discapacidad del estudiante y/o alergia alimenticia potencialmente mortal, según se indica.

Nombre del médico con licencia/autoridad médica (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico/autoridad médica que prescribe: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la Clínica: \_\_\_\_\_

Espere hasta 6 semanas para el procesamiento. ¿Preguntas? Comuníquese con el departamento de Nutrición Infantil al 979-730-7110.