



## Distrito Escolar Independiente de Waller

### Modificación de la Dieta Estudiantil / Formulario de Alergia

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Estudiante ID: \_\_\_\_\_

#### Información de Contacto del Padre / Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Le doy a los Servicios de Salud / Servicios de Nutrición Escolar el permiso de hablar con el Médico para discutir las necesidades dietéticas que se describen a continuación.

**Firma del Padre o Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

¿Cuáles comidas estará el o la estudiante comiendo en la cafetería de la escuela? (favor de circular lo que aplica)  
DESAYUNO ALMUERZO Nota (Si su estudiante no comerá en la cafetería de la escuela, no es necesario que llene la forma).

**Lo siguiente debe ser completado por un médico certificado:**

¿Tiene el estudiante una discapacidad o una alergia alimentaria que amenaza la vida y que requiere modificación de la dieta? Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990, una persona con "una discapacidad es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades de la vida", incluyendo una alergia severa que puede ser mortal.

**Sí No** \* Si el estudiante NO tiene una discapacidad y / o una alergia alimentaria anafiláctica potencialmente mortal, este formulario no necesita ser completado Y será desatendido.

¿Tiene el estudiante una receta para un Epi-pen para una alergia a los alimentos?

**Sí No**

**Diagnostico medico:** \_\_\_\_\_

**Principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad:** \_\_\_\_\_

**Comida que se debe omitir:**

\_\_\_\_ Cacahuets / Nueces de árbol \_\_\_\_ Pescado / Marisco \_\_\_\_ Trigo \*  
\_\_\_\_ Leche líquida \_\_\_\_ Todos los productos lácteos \_\_\_\_ Todos los alimentos que  
contienen leche como ingrediente \* (Ej. Alimentos empanizados que han sido sumergidos en leche)  
\_\_\_\_ Huevos \_\_\_\_ Todos los alimentos que contienen huevo como ingrediente \* (Ej. panecillos horneados)  
\_\_\_\_ La soya como ingrediente principal (Ej. Leche de soya, salsa de soya) \_\_\_\_ Todos los alimentos que  
contienen soya como ingrediente principal \* (Ej. Soya en alimentos procesados)

Otro: \_\_\_\_\_

\* Si el estudiante debe evitar la leche o el huevo como ingrediente, la soya como ingrediente menor, el trigo o tiene múltiples alergias a los alimentos, sugerimos que traiga comida del hogar o se harán modificaciones especiales para recibir comidas en la cafetería.

**Modificaciones necesario:** \_\_\_\_ Alimentos libres de nuez \_\_\_\_ Alimentos libres de mariscos \_\_\_\_ No Leche / Lácteos \_\_\_\_ Modificar la textura - Sólo para estudiantes con un diagnóstico médico de disfagia  
\_\_\_\_ Puré \_\_\_\_ ligeramente cortado \_\_\_\_ ligeramente molido \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre del Médico (Imprimir):** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico:** \_\_\_\_\_

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR REGRESELA A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**  
**¿Tiene preguntas? CORREO ELECTRONICO : [mwarzon@wallerisd.net](mailto:mwarzon@wallerisd.net)**  
**O llame a la OFICINA: (936)931-2347 FAX: (936)931-4047**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter 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: (202) 690-7442; or (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.