



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
O llame a la OFICINA: (936)931-2347 FAX: (936)310-6584