



FORMULARIO DE SOLICITUD DIETÉTICA 2021-22

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nº de identificación escolar: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Sección A. (Para ser completado por una autoridad médica autorizada.) Discapacidad o alergia alimentaria grave/potencialmente mortal

I. Discapacidad o alergia alimentaria grave potencialmente mortal

El estudiante tiene alergias que son potencialmente mortales/anafilácticas:

Sí, continuar con la Sección A  No, consulte la Sección B

Alergia a la leche:  No leche de vaca líquida (leche de soja ofrecida en lugar de leche láctea)

Alergia a los lácteos:  No yogur  No queso  No crema agria  Evite todos los productos lácteos, incluso en productos horneados

Alergia al huevo:  No huevos enteros  No claras de huevo  Productos horneados sin huevo

No trigo  No cacahuete  No nueces de árbol  No pescado  No mariscos  No soja  No maíz  Otro:

II. Modificación de textura:

Líquidos:

- Delgado (líquidos regulares)
- Néctar grueso
- Miel espesa
- Pudín espeso

Sólidos:

- Dieta blanda (picada)
- Dieta suave (molida)
- Puré (textura de puré de manzana)

III. Orden de dieta terapéutica:

Por favor, indique los detalles terapéuticos de la dieta (Por ejemplo, celiaco):

Sección B. Alergia/intolerancia alimentaria (NO POTENCIALMENTE MORTAL) Estudiante sin una discapacidad o alergia alimentaria potencialmente mortal, pero está solicitando adaptaciones dietéticas especiales.

Intolerancia a la lactosa:  Se proporcionará leche lactaid

Alergia a la leche:  La leche de soja se ofrecerá solo para la alergia a la leche

Dairy allergy:  No yogur  No queso  No crema agria  Evite todos los productos lácteos, incluso en productos horneados

Alergia al huevo:

No huevos enteros  No claras de huevo  Productos horneados sin huevo

No trigo  No cacahuete  No nueces de árbol  No pescado  No mariscos  No soja  No maíz  Otro:

\*Sustituciones de alimentos seguros:

\*Nota: Los servicios de nutrición infantil intentarán acomodar la sustitución según lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar el menú según la disponibilidad del producto.

Otras solicitudes:

\*No podemos garantizar la acomodación de todas las solicitudes.

¿Qué comidas comerá el estudiante de la cafetería de la escuela?

Desayuno  Almuerzo  Merienda  Cena

Certifico que al estudiante nombrado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describió anteriormente debido a la discapacidad/alergia alimentaria potencialmente mortal o intolerancia/alergia alimentaria según lo indicado.

Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la autoridad médica: \_\_\_\_\_  MD  DO  RD  PA  NP  SLP

Médico Prescripto/Autoridad Médica: \_\_\_\_\_

FIRMA

TELÉFONO DE CONTACTO

Entiendo que es mi responsabilidad renovar este formulario antes de cada año escolar. Entiendo que si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar documentación a la oficina de Nutrición Infantil de Crowley ISD. También doy permiso para que el personal del departamento responsable de implementar la dieta especial de mi hijo discuta las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con la autoridad médica de mi hijo.

FIRMA DE PADRES/TUTORES

FECHA

TELEFONO DE CONTACTO

Enfermera escolar - POR FAVOR COMPLETE

School RN: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

District Dietitian: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Scan and email form to dietitians@crowley.k12.tx.us

Contact Child Nutrition Services Dietitian at 817-297-5940 with questions or concerns.