

Formulario sobre las Alergias a las Comidas

Modificaciones en la Dieta indicadas por el Médico (Las secciones B y C deben ser completadas por el médico)

A. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR LEGAL

SI SU HIJO/A NO TIENE UNA ALERGI A O DISCAPACIDAD CON RIESGO DE MUERTE QUE REQUIERA UNA MODIFICACIÓN EN SU DIETA, IGNORE ESTE FORMULARIO.

El Programa de Comidas en la Escuela del Departamento de Agricultura de EE.UU. requiere que SE RESPONDAN TODAS LAS PREGUNTAS para que se realice CUALQUIER modificación o reemplazo en la dieta de las comidas escolares.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre del Padre / Tutor _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

1. ¿Su hijo/a tiene alergia a alguna comida con **riesgo de muerte**? _____ SI _____ NO (Si responde "sí", el médico debe completar la sección B y el Padre debe informárselo a la enfermera de la escuela INMEDIATAMENTE).
2. ¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad que requiera una modificación en la dieta? _____ SI _____ NO (Si responde "sí", el médico debe completar la sección C.)

Como padre / tutor, otorgo mi permiso para que Brazosport ISD se comunique con el consultorio del Médico sobre las necesidades de la dieta de mi hijo/a.

Firma: _____ Fecha: _____

B. DECLARACIÓN DEL MÉDICO PARA EL ESTUDIANTE CON ALERGI A COMIDAS CON RIESGO DE MUERTE

1. Marque todas las alergias a las comidas con **RIESGO DE MUERTE** – Omitir estas comidas: Leche Líquida Maní Frutos Secos Huevos Pescado Mariscos Trigo Soja Otro (por favor, especifique): _____
2. ¿El estudiante puede consumir alimentos donde el alergénico es un **ingrediente del alimento**? _____ SI _____ NO (Ejemplo: se omiten huevos revueltos pero se permite el huevo como el ingrediente de un panqueque)
Explique: _____
3. **Alimento a sustituir:** (Nota: BISD no podrá hacer cumplir este documento si no se indican sustituciones a continuación) _____

C. DECLARACIÓN DEL MÉDICO PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES

1. Indique cualquier discapacidad que requiera una modificación en la dieta: _____
2. Explicación de por qué esta discapacidad restringe la dieta: _____
3. Actividad importante de la vida afectada por la DISCAPACIDAD (marque todos los que correspondan):
 Comer Cuidarse a sí mismo Realizar tareas manuales Caminar Ver Escuchar Hablar
 Respirar Aprender
4. Alimentos a Omitir: _____
5. **Alimento a sustituir:** (Nota: BISD no podrá hacer cumplir este documento si no se indican sustituciones a continuación) _____

Firma del Médico _____

Fecha _____

Nombre y Dirección de la Clínica / las Instalaciones _____

Teléfono _____

**ENTREGAR EL FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE NUTRICIÓN INFANTIL O
ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO AL: 979-266-2420 ATENCIÓN: DIETISTA**