

Por favor devuelva el formulario firmado a la enfermera escolar

SECCIÓN A - PARA SER LLENADO POR PADRE/GUARDIAN

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer):	Numero de ID:
Fecha de Nacimiento:	Escuela/Grado:
Nombre del Padre/Guardian:	Numero de Telefono:
Dirección de Casa:	Correo Electronico:
Entiendo que si las necesidades medicas de mi hijo(a) cambian, <u>es mi responsabilidad</u> proveer documentacion medica a los Servicios de Alimentos y Nutricion y la enfermera escolar. Doy permiso a los Servicios de Alimentos y Nutricion de Irving ISD para hablar con la autoridad medica reconocida a continuacion para platicar las necesidades dieteticas del estudiante.	
Firma del Padre/Guardian:	Fecha:

SECCIÓN B - PARA SER LLENADO POR UNA AUTORIDAD MEDICA AUTORIZADA

I. Alergias o Intolerancias Alimentarias

¿Tiene el estudiante alergias que amenazan la vida/anafilácticas? Sí No

Elija alimentos para omitir de la dieta del estudiante durante el día escolar (seleccione todos los que correspondan)

<u>Productos Lácteos</u>	<u>Nueces</u>	<u>Trigo</u>	<u>Sésamo</u>
<input type="checkbox"/> Leche láctea fluida	<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Trigo	<input type="checkbox"/> Sésamo
<input type="checkbox"/> Queso	<input type="checkbox"/> Nueces de árbol	<input type="checkbox"/> Celíaco(a)	
<input type="checkbox"/> Yogur			
<input type="checkbox"/> Todos los lácteos, incluso en productos horneados			
<u>Soja</u>	<u>Huevos</u>	<u>Maíz</u>	<u>Pescado/Mariscos</u>
<input type="checkbox"/> Soja entera	<input type="checkbox"/> Huevos enteros	<input type="checkbox"/> Maíz entero	<input type="checkbox"/> Pescado
<input type="checkbox"/> Proteína de soja	<input type="checkbox"/> Claras de huevo	<input type="checkbox"/> Maíz como ingrediente	<input type="checkbox"/> Mariscos
<input type="checkbox"/> Aceite de soja	<input type="checkbox"/> Todos los huevos, incluso en productos horneados		
<input type="checkbox"/> Todos los productos de soja			

Omita todos los alimentos "procesados en una instalación" con los elementos marcados anteriormente

Otro (por favor especifique):

Las sustituciones se intentarán acomodar según lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar los menús según la disponibilidad del producto.

II. Modificaciones de Textura

Todo el año Temporal ----- Comenzar: _____ Detener: _____

<u>Líquidos</u>	<u>Sólidos</u>
<input type="checkbox"/> Ralo (Líquidos regulares)	<input type="checkbox"/> Suave Mecánico (Picado)
<input type="checkbox"/> Espeso como el néctar	<input type="checkbox"/> Suave Mecánico (Molido)
<input type="checkbox"/> Espeso como la miel	<input type="checkbox"/> Hecho puré (Texturo de puré de manzana)
<input type="checkbox"/> Espeso como el pudin	

III. Therapeutic Diet Order (especifique en el espacio proporcionado)

<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Cardíaco
<input type="checkbox"/> Renal	<input type="checkbox"/> Restricción de sodio
<input type="checkbox"/> PKU	<input type="checkbox"/> Otro

Certifico que se necesitan hacer sustituciones alimentarios para el estudiante como se describen anteriormente a causa de la discapacidad/alergia alimentaria potencialmente mortal o intolerancia/alergia alimentaria según lo indicado.

Nombre de Autoridad Médica: MD DO RD PA NP SLP

Firma de Autoridad Médica: _____ Fecha: _____ # de Telefono: _____

SCHOOL NURSE/OFFICE PERSONNEL USE ONLY

School RN:	RN Email:	Phone #:
School Café Manager:	Café Manager Email:	Phone #:
Scan and email form to: specialdiets@irvingisd.net Contact Food & Nutrition Services at (972) 600-6900 with questions		