

Spring Independent School District – Child Nutrition

15330 Kuykendahl • Houston, Texas 77090 • Tel. 281-891-6445



Entregar este formulario a la enfermera de la escuela

Nueva Forma Cambios en la forma Descontinuar Forma Sin Cambios

Formulario de modificacion de Dieta Alimenticia del Estudiante (**Uso para la comida en la cafeteria**)

Revised 7/22

Estudiante Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Identificacion del Estudiante #: _____ Escuela: _____

Informacion de contacto para Padres o Tutores

Nombre Completo: _____ Numero de Telefono: _____

Correo electronico: _____

Doy permiso a los Servicios de Nutrición y Salud Infantil para hablar con el Médico o la Autoridad Médica Autorizada a continuación para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación. Entiendo que si cambian las necesidades médicas o de salud de mi hijo, es mi responsabilidad proporcionar la documentación del médico de mi hijo a Spring ISD.

Firma del Padre o Tutor

Fecha:

Qué comidas consumirá el estudiante de la cafeteria de la escuela? (Marcar las que correspondan)

Desayuno Almuerzo Cena Ninguna (*Si el estudiante no comera de la cafeteria, no se hara ninguna modificacion*)

Tiene el estudiante alguna **alergia alimentaria mortal /alergia alimentaria anafiláctica?** Si (complete seccion A)

No (complete seccion B)

***Si el estudiante NO tiene una discapacidad y / o alergia a los alimentos, este formulario no necesita ser completado y será descartado. ***

La siguiente información debe ser llenada por el médico con licencia para ejercer:

Seccion A: Alergia de comida (Seleccione los alimentos que deben omitirse en la dieta):

Cacahuate Nueces Pescado Mariscos Trigo
 Sésamo

Alergia a los lácteos (especificar): Leche liquida (solamente)
 Todos los productos lácteos incluidos en productos horneados.

Alergia al Huevo
(especificar): Huevo solos (ex. Huevos revueltos)
 Sin huevos incluidos en productos horneados

Alergia a la soja (specify):
 No soja como ingrediente principal (por ejemplo, Edamame, salsa de soja, leche de soja)
 No soja como ingrediente menor (por ejemplo, relleno de soja en carnes, aceite de soja)

Alergia al Maiz (especificar):
 No hay maíz como ingrediente principal (por ejemplo, granos de maíz, maíz en el cobb)
 No hay maíz como ingrediente menor (por ejemplo, aceite de maíz, jarabe de maíz)

Otras (porfavor sea especifico) _____

Substitutos de alimentos seguros : _____

Seccion B: Discapacidad

Discapacidad:

Actividad importante de la vida diaria que es afectada por la discapacidad.

(Marque las casillas si aplica):

Función corporal principal Respirar
 Vista Habla Aprender
 Comer Escuchar Caminar
 El cuidado de uno mismo
 Realizacion de tareas manuales
 Otros: _____

Es necesaria una modificación de textura?

Regular Blanda
 Puré Suave (picado)

Otras: _____

**** Si el estudiante debe omitir la LECHE o los HUEVOS COMO INGREDIENTE, SOJA COMO INGREDIENTE MENOR, TRIGO o ALGUNAS ALERGIAS PARA ALIMENTOS MÚLTIPLES, debemos proporcionarle una Comida Libre de Alérgenos con opciones muy limitadas ****

Nombre del Doctor con Licencia (print): _____ Firma del Doctor: _____

Nombre y direccion de la Clinica: _____ Date: _____ Phone: _____

Este proceso puede tardar 2 semanas.

Preguntas? Llame a Depto. de Nutricion Infantil 281-891-6445