

Formulario De 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 ALERGIAS CON RIESGO DE MUERTE O DISCAPACIDAD 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: _____ Correo electrónico: _____

1. ¿Tiene su hijo/a 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. ¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad que requiere 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 ALERGIAS A COMIDAS CON RIESGO DE MUERTE

1. Marque todas las alergias a las comidas con **RIESGO DE MUERTE** – Omitir estas comidas: Leche Líquida Maní Nueces de árbol Huevos Pescado Mariscos Trigo Soya Otro (por favor, especifique): _____
2. ¿Puede consumir el estudiante 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 para omitir: _____
5. **Alimento para 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**