

FAX: 281-644-1815 ATENCION: DIETITIAN

MODIFICACIONES DE LA DIETA DEL MEDICO

El Programa de Comidas Escolares de Departamento de Agricultura de los EE.UU. requiere que TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS, en orden para hacer sustituciones o modificaciones dietéticas.

Padre/Guardián _____ Estudiante _____
Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____
Como padre/guardián, yo doy mi permiso al Distrito Escolar de Katy para que contacte a la oficina del Medico de mi hijo sobre su dieta. _____ (Firma)

PARTE A – PARA ESTUDIANTES CON ALERGIAS DE ALIMENTO QUE AMENAZA LA VIDA, SOLO COMPLETE ESTA PARTE

(SI NO HAY ALERGIAS DE ALIMENTO QUE AMENAZA LA VIDA, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA A PARTE B, DE ESTA FORMA.)

DECLARACION DEL MEDICO Fecha: _____

Yo _____, (medico) declara que el estudiante mencionado arriba poseer
Nombre de Medico (Por favor de usar letra de MOLDE)

las siguientes ALERGIAS SEVERAS DE ALIMENTO QUE AMENAZA LA VIDA.

1. Alergias severas de alimento que amenazan la vida – Omitir estas comidas:

leche fresca cacahuates nueces huevos pescado marisco de cáscara trigo soya

2. Puede el estudiante consumir comidas donde el alergen se usa como ingrediente en la comida? si no
(Ejemplo: huevos revueltos son omitidos pero huevos como ingrediente en receta de panqueques se permite)
Explicar _____

3. Hay otras alergias severos de alimento que amenazan la vida (anote todas) – Omitir estas comidas:

4. Explicación de porque esta incapacidad restringe la dieta: _____

5. La actividad mayor de la vida afectada por la alergia de alimento que amenaza la vida. Marque lo que aplica: (NOTA: El Distrito Guæqɾt 'fg'Mɛɿ no puede cumplir con este documento, a menos que una actividad sea marcada.)

comer, cuidar de si mismo, realizando tareas manuales, caminar, ver,
 oír, hablar, respirar, el aprendizaje

6. Alimentos para Sustituir (NOTA: El Distrito Escolar de Mɛɿ no puede cumplir con este documento, a menos que las sustituciones sean anotados abajo en lista.)

Firma del Medico

Teléfono

Nombre y Dirección de Clínica

FAX: 281-644-1815 ATENCION: DIETITIAN

El Programa de Comidas Escolares de Departamento de Agricultura de los EE.UU. requiere que TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS, en orden para hacer sustituciones o modificaciones dietéticas.

Padre/Guardián _____ Estudiante _____

Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Como padre/guardián, yo doy mi **permiso** al Distrito Escolar de Katy para que contacte a la oficina del Medico de mi hijo sobre su dieta. _____ (Firma)

PARTE B-PARA ESTUDIANTES CON INCAPACIDADES, SOLO COMPLETE ESTA PARTE

DECLARACION DEL MEDICO

Fecha: _____

Yo _____, (medico) declaro que el estudiante mencionado arriba posee
Nombre de Medico (Por favor de usar letra de MOLDE)

la siguiente **INCAPACIDAD**.

1. Liste cualquier incapacidad que requiere modificación de comida: _____

2. Explicación de porque esta incapacidad restringe dieta: _____

3. La actividad mayor de la vida afectada por la INCAPACIDAD (marque lo que aplica):

(NOTA: El Distrito Guérvrt 'le Mæv no puede cumplir con este documento, a menos que una actividad de vida sea marcada.)

___ comer, ___ cuidar de si mismo, ___ realizando tareas manuales, ___ caminar, ___ ver,
___ oír, ___ hablar, ___ respirar, ___ el aprendizaje

4. Alimentos para omitir:

5. Alimentos para sustituir: (NOTA: El Distrito Escolar de Mæv no puede cumplir con este documento, a menos que las sustituciones sean anotados abajo en lista.) _____

Firma del Medico

Teléfono

Nombre y Dirección de Clínica