



Solicitud para Acomodaciones Dietéticas

Por favor complete este formulario y proporcione una copia a la cafetería escolar. Padre o Tutor y Enfermera serán notificados después de evaluar la solicitud. Se requiere el formulario anualmente.

PARTE A. Padre o tutor completa esta sección

Nombre del estudiante:		Edad:	Identificación del estudiante:
Escuela:	Grado:	Salón:	
Nombre de impresión del Padre o Tutor:		Dirección Electrónica:	
		Teléfono:	

PARTE B. Un médico con licencia de ejercer la medicina en el estado de Texas para completa esta sección

- ¿El niño tiene una discapacidad reconocida por la ley de discapacidad (ADA)?
___ Si ___ No Si la respuesta es No, pase a la pregunta #3.
- En caso afirmativo, favor de identificar la discapacidad y describe las actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad.
- Si el niño no tiene una discapacidad, ¿el niño tiene una alergia o intolerancia alimentaria que da lugar a una reacción anafiláctica cuando se expone a la comida a la que tiene problemas?
___ Si ___ No
- Si la respuesta a las preguntas 1 o 3 es en lo afirmativo, favor de marcar lo que afecta al niño.

Lácteos	Huevos
<input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogur	<input type="checkbox"/> Huevos Enteros (como huevos revueltos o huevos hervidos)
<input type="checkbox"/> Artículos comestibles que contienen ingredientes lácteos	<input type="checkbox"/> Artículos comestibles que contienen huevos
<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Nueces de árbol: _____ <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Sésamo <input type="checkbox"/> Pescado	
<input type="checkbox"/> Mariscos crustáceos	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

Información adicional:
- Para modificar la textura de los alimentos. Enumera los alimentos que necesitan el siguiente cambio en la textura. Si todos los alimentos deben estar preparados de esta manera, indica "todos"
(a) Cortar o picar en trozos pequeños _____
(b) Molido finamente _____
(c) En puré o mezclado _____
- Indique cualquier otro comentario acerca los patrones de alimentación del niño.

Medical Authority's printed or stamped name	Office Phone: _____ Office Fax: _____
Medical authority's signature	Date

PART C. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE

Enfermera Escolar:	Teléfono:
7. ¿Tiene el niño un "Plan de Salud Individualizado" (IHCP)? ___ Si ___ No	
8. ¿El niño tiene un Plan 504? ___ Si ___ No	