



NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Nombre) _____ Fecha de nacimiento _____ ID # _____

Sección A. (Completarse por la autoridad médica competente)

Discapacidad o alergias alimentarias graves, potencialmente mortales
Condición médica del estudiante/discapacidad (REQUERIDO):

I. Discapacidad o alergia alimentaria severa o potencialmente mortal
El estudiante tiene alergias que pueden poner la vida en peligro/anafilácticas:

- Sí, continuar con esta sección No, consulte la sección B
- Alergia: a lácteos:** No leche líquida No yogur No queso
- Evitar todos los productos lácteos, incluso en productos horneados
- Alergia a la leche** (leche de soya ofrecida en lugar de leche de vaca)
- Alergia al huevo:** No huevos enteros No claras de huevo No huevos en productos horneados
- No trigo** No cacahuates **No frutos secos de árbol**
- No pescados** **No mariscos** **No soya** **No maíz**
- Omitir comidas procesadas en una "instalación" con los ingredientes marcados** ✓
- Otros (por favor enlístelos):** _____

Certifico que al estudiante arriba mencionado se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se ha descrito anteriormente, debido a la incapacidad del estudiante/alergia mortal o intolerancia a los alimentos / alergias como se indica.

Nombre impreso de la autoridad médica _____

Médico que lo prescribe/Autoridad Médica: _____

FIRMA NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO _____

Entiendo que es mi responsabilidad renovar esta forma antes de cada año escolar. Yo entiendo que, si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar la documentación del médico de mi niño a la Oficina de Servicios de nutrición infantil y a la enfermera de la escuela.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

DIRECCIÓN/CORREO ELECTRÓNICO NÚMERO DE CONTACTO DEL PARE/TUTOR _____

Sección B.

Alergia alimentaria/Intolerancia (NO PONEN EN PELIGRO LA VIDA)
Estudiantes sin discapacidad, pero que están solicitando adaptaciones dietéticas especiales

* Por favor MARQUE ✓ **ALERGIA** o **INTOLERANCIA** *

- ALERGIA** **INTOLERANCIA**

La alergia del estudiante/intolerancia a los alimentos(s) a continuación:
No resultará en una amenaza mortal/reacción anafiláctica

- I. **Alergia: a lácteos:** No leche líquida No yogur No queso
- Evitar todos los productos lácteos, incluso en productos horneados
- Intolerancia a la lactosa** (será ofrecida leche lactad)
- Alergia a la leche** (leche de soya se ofrecerá únicamente para alergia a la leche)

II. Otras alergias alimentarias/intolerancias:

- Alergia al huevo:** **No huevos enteros** **No claras de huevo**
- No huevos en productos horneados**
- No trigo** **No cacahuate** **No frutos secos de árbol**
- No pescados** **No mariscos** **No soya** **No maíz**
- Omitir todos los alimentos" procesados en instalaciones" con los anteriores ingredientes marcados** ✓
- Otros (por favor enlístelos):** _____

*Sustituciones de alimentos seguros: _____

*Nota: Servicios de Nutrición Infantil intentará acomodar la sustitución solicitada, pero se reserva el derecho a modificar el menú basado en la disponibilidad de los productos

Sección C.

Creencias religiosas/restricciones alimenticias personales:
(Sólo se requiere la firma del Padre/tutor)

- No carne de puerco** **No carne de res** **No carne de puerco y res**
- Otro:** _____

Enfermera escolar/SÓLO PARA USO del personal de la oficina
 ID # del estudiante _____ Nombre del alumno _____ Escuela _____ ORG# _____
 RN Escuela _____ RN Correo electrónico _____ Teléfono # _____
 Supervisor Cafetería de la Escuela _____ Correo electrónico del supervisor _____ Teléfono # _____