IRVING Independent School District

SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN
FORMULARIO DE SOLICITUD DIETÉTICO 2022 - 2023

IISD Food & Nutrition Services
Healthy Students
The *Heart* of our Business

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Primer)_____**Fecha de Nacimiento**_____**# de ID**_____

Sección A. (Para ser llenado por una autoridad médica autorizada)

Discapacidad o alergia alimentaria severa, potencialmente mortal
Discapacidad/condición médica del estudiante (REQUERIDO):

_____

I. Discapacidad o Alergia Alimentaria Severa o Potencialmente Mortal

Estudiante tiene alergias que son potencialmente mortales/anafilácticas

☐ Sí, continuar con esta sección ☐ No, consultar la sección B

Alergia a Productos Lácteos: ☐ No Yogur ☐ No Queso

☐ No Leche Líquida (Se ofrece leche de soya en lugar de leche de vaca)

☐ Evitar todos los productos lácteos aun en productos horneados

Alergia a los huevos: ☐ No Huevos Enteros ☐ No Claras ☐ No Huevos en productos horneados

☐ **No Trigo** ☐ **No Maní/Cacahuate** ☐ **No Frutos Secos**

☐ **No Pescado** ☐ **No Crustáceos** ☐ **No Soya**

☐ **No Maiz Entero** ☐ **No Ingredientes Con Maiz (Maicena, Sirope de Maiz)**

☐ **Omitir alimentos "procesados en una instalación" con ingredientes marcados √ arriba**

☐ **Otra (Por favor enumere):** _____

_____

_____

II. Modificación de Textura:

☐ Año Entero ☐ Temporal: Comenzar:_____Terminar:_____

Líquidos:
- ☐ Ralo (liquidos regulares)
- ☐ Espeso como el néctar
- ☐ Espeso como la miel
- ☐ Espeso como el pudin

Sólidos:
- ☐ Blando Mecánico (picado)
- ☐ Blando Mecánico (molido)
- ☐ Hecho puré (textura de puré de manzana)

III. Orden de Dieta Terapéutica: (Escribir detalles en el espacio proveído)

☐ Diabético: _____

_____

☐ Renal: _____

☐ PKU: _____

☐ Cardíaco: _____

☐ Restricción de Sodio: _____

☐ Otro: _____

_____

_____

Encierre Uno

Solicitud de Dieta Nueva — Cambiar Solicitud Existente

Renovar Solicitud Existente — Solicitud Temporal_____a _____

Cancelar Solicitud Existente

Sección B.

Alergia/Intolerancia Alimentaria (NO POTENCIALMENTE MORTAL)
Estudiante sin una discapacidad, pero solicitando una adaptación dietética

***POR FAVOR √ MARQUE sea ALERGIA o INTOLERANCIA ***

ALERGIA ***INTOLERANCIA***

La alergia/intolerancia del estudiante a la(s) siguiente(s) comida(s): *No* resulta en una *reacción Potencialmente Mortal/Anafiláctica*

I. Alergia a Productos Lácteos:

☐ No Leche Líquida (Se ofrecerá leche de soya solo para la alergia a la leche)

☐ No Yogur ☐ No Queso

☐ Evitar todos los productos lácteos aun en productos horneados

II. Otras alergias/intolerancias alimentarias:

Alergia a los huevos: ☐ **No Huevos Enteros** ☐ **No Claras** ☐ **No huevos en productos horneados**

☐ No Trigo ☐ No Maní ☐ **No Frutos Secos**

☐ **No Pescado** ☐ No Crustáceos ☐ No Soya

☐ No Maiz Entero ☐ No Ingredientes Con Maiz (Maicena, Sirope de Maiz)

☐ **Omitir todo alimento "procesado en una instalación" con los ingredientes marcados √ arriba**

Otra (Por favor enumere):_____

_____

_____

***Substituciones Seguras de Alimentos:** _____

_____

_____

*** Nota: Servicios de Alimentos y Nutrición intentará acomodar la substitución conforme a lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar el menú basado en disponibilidad del producto.**

Certifico que se necesita prestar sustituciones de alimentos al estudiante mencionado anteriormente como se describe anteriormente a causa de la discapacidad/alergia alimentaria potencialmente mortal o intolerancia/alergia alimentaria según lo indicado.

Nombre en Molde de Autoridad Médica_____**FECHA**_____ ☐ **MD** ☐ **DO** ☐ **RD** ☐ **PA** ☐ **NP** ☐ **SLP**

Médico que Prescribe/Autoridad Médica: _____ _____
FIRMA NÚMERO DE TELÉFONO

Entiendo que si las necesidades médicas de mi hijo(a) cambian, es mi responsabilidad proveer documentación del médico de mi hijo(a) a la oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición y la enfermera de la escuela.

_____ _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL FECHA

_____ _____
DIRECCIÓN/CORREO ELECTRÓNICO NÚMERO DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL

School Nurse/Office Personnel USE ONLY

Student ID #_____Student Name_____School_____ORG#_____

School RN_____RN Email_____Phone #_____

School Café Manager_____Café Manager Email_____Phone #_____

Scan and Email form to: specialdiets@irvingisd.net **CONTACT FOOD AND NUTRITION SERVICES SPECIAL DIET SUPERVISOR AT 972-600-6900 WITH QUESTIONS OR CONCERNS**

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. Modificado: Aug 2022