

Alhambra Elementary School District
Declaración Médica para Estudiantes con Adaptaciones Dietéticas Especiales

*Todas las secciones deben completarse completamente antes de que se acepte el formulario.
Las acomodaciones pueden demorar hasta 15 días hábiles para comenzar.*

PARTE A - Para ser completado por el padre / tutor

Nombre del estudiante (Apellido): _____ (Primero): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Identificación del Estudiante: _____ Colegio: _____ Grado: _____ Homeroom: _____

¿Qué comidas comerá el niño en la escuela (circule todas las que correspondan)? Desayuno Almuerzo Bocadillo

¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada y un Programa de Educación Individualizado (IEP) o Plan 504? Sí No

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Estoy de acuerdo en darle permiso al Departamento de nutrición infantil y a la enfermera escolar para hablar con el proveedor de atención médica nombrado a continuación para hablar sobre las necesidades dietéticas que se describen a continuación.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

PART B - To be completed by a Licensed Provider – MD, DO, NP or PA

Medical Diagnosis/Condition: _____

Does the child have a **life-threatening** food allergy? Yes No

**Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at the school.*

If yes, has an EpiPen been prescribed? Yes No

Child has allergic reaction if item is: Ingested Contact Inhalation

Ability to self-manage (please check): Needs close supervision Managed by child with moderate supervision Child self manages

Describe the signs/symptoms that occur if student comes in contact with the food allergy: _____

FOODS THAT SHOULD BE AVOIDED: Check all that apply

DAIRY

- Fluid Milk Only
(Okay to have lactose-free milk)
- All Dairy Products
(Yogurt, cheese, butter)
- All Milk Proteins
(Casein, whey, or any recipe with milk as ingredient)

EGG

- Whole egg
(Scrambled or boiled)
- All Egg Proteins
(Albumin, or any recipe with egg as ingredient)

FISH OR SHELLFISH

- Specify _____

WHEAT

- Recipes with any wheat listed as ingredient

NUTS/SOY

- Peanuts
- Tree Nuts
(Cashews, Walnuts, Almonds, etc.)
- Soy Protein
(Any recipe with soy protein as ingredient)

Other (be specific – whole food, as ingredient, or both): _____

Can student be in a classroom with others consuming these foods? Yes No

Texture Modification: Chopped Ground Pureed Other (Specify) _____

This diet order is: **Permanent** (will remain in effect during the time the student is enrolled in Alhambra School District. A new diet order will be required to change any information provided in this diet order).

This diet order is: **Temporary** (effective for the current school year. A new form will be required annually).

Name of Healthcare Provider (Please Print): _____ Phone: _____

Healthcare Provider Signature: _____ Date: _____

Mailing Address: _____

Envíe los formularios completos a la oficina de la enfermera de su escuela. Para preguntas o inquietudes, envíe un correo electrónico a irlenapenalosa@alhambraesd.org o llame al 602-336-2980.