

# Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz

## Forma de Necesidades especiales de Nutricion

(Si su hijo/a es vegetariano o vegano , y no tiene otras restricciones de alimentos , no llene este formulario. Favor de indicar estas necesidades dietéticas en el formulario de Salud para Estudiantes y de Inscripción)

Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padre/ Tutor	Numero de Telefono	Escuela/ Maestro

Por favor, indique qué alimentos/ingredientes que su hijo/a no puede comer

(círcule todo lo que corresponda) :

**Cacahuates**

**Nueces de Arbol**

**Gluten**

**Lechería**

**Huevo**

**Soja**

**Elote**

**Otro** (por favor sea específico) \_\_\_\_\_

**Si su hijo/a no come ciertos alimentos o ingredientes por razones de elección personal (esto no incluye preferencias del estudiante) , y no son alérgicos , por favor marque los alimentos que no come su hijo . No es necesario rellenar el resto del formulario .**

Cuánto tiempo hace que su niño/a fue diagnosticado con la alergia a los alimentos? \_\_\_\_\_

Cuándo fue su última expuesta/reacción? \_\_\_\_\_

Por favor indicar la gravedad de la reacción más reciente de su hijo/a (círcule uno):

**Anafilaxia**

**Severa ( sin anafilaxia )**

**Moderara**

**Templado**

Por favor, describa la reacción más reciente de su hijo/a en detalle:

Cuales fueron los síntomas? \_\_\_\_\_

Su hijo/a tomo algún medicamento para aliviar los síntomas? ( Por favor indique la medicación (s) tomada ):

Su hijo/a fue al hospital ? **Si** **No** Cuánto tiempo duraron los síntomas? \_\_\_\_\_

Que desencadena la reacción de su hijo/a (por ejemplo, comer la comida , la comida tocar , tocar una superficie contaminada , el aire , etc.)? Enumerar todo lo que corresponda: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene un epi- pen ( círcule uno )? **Si** **No**

Si No, pase a información importante

Si es así, envíe por lo menos DOS epipens con su hijo/a a la Escuela de Ciencias al aire libre. Además, completar a fondo el **Autorización Medica y de Los Padres para Administrar Medicamentos** y el **Alergias y Plan de Acción de Anafilaxia** ( En el reverso de este formulario)

- Su hijo/a ha utilizado un epi-pen antes ( círcule uno ) ? **Si** **No**

o Lista de Fecha (s) aproximadamente que el epi -pen a sido usado: \_\_\_\_\_

### **Informacion Importante**

Aunque no podemos garantizar una instalación libre de nueces, hemos implementado las siguientes medidas preventivas para minimizar el riesgo de que nuestros huéspedes sufran alergias alimentarias graves: No servimos ningún producto de maní o productos de nueces de nuestra cocina. Unos pocos elementos selectos del menú (solo postres) pueden producirse en una fábrica que procesa nueces. En este caso, los estudiantes con alergias al maní/ nueces recibirán un reemplazo sin maní/ nueces. La información sobre los ingredientes está disponible a pedido. Informamos a nuestro personal y al personal de cocina sobre los estudiantes que tienen alergias alimentarias graves el día de su llegada. Contamos con un plan de acción de emergencia escrito para controlar una reacción anafiláctica. **Si su niño/a es alérgico al huevo, soja o maíz , o si tiene cualquier otra preocupación en la dieta , por favor llame a nuestra oficina (831-722-8222) dos semanas antes de que su hijo/a está programado para asistir la escuela de ciencias a discutir las opciones de menú de sustitución . Se le puede pedir a enviar comidas de sustitución pre-hechas si las restricciones en la dieta están más allá del alcance de la cocina Escuela de Ciencias al aire libre .**