



Formulario de adaptaciones dietéticas médicas

Si su hijo(a) necesita un plan de comidas especiales, debido a una afección médica o alergia alimentaria, debe llenar este formulario y enviarlo por correo electrónico a Servicios de Alimentación y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) de las DCPS:

dietary.forms@k12.dc.gov. Debe enviarse un formulario nuevo cada vez que solicite un cambio en la dieta.

Una vez lleno, los FNS se pondrán en contacto con usted para hablar sobre las opciones de menú. Si no tiene acceso al correo electrónico, envíelo a la oficina principal.

Este formulario tiene que estar firmado por un médico.

La Sección A- debe llenarla el padre / la madre/ el tutor

Nombre del (de la) estudiante _____ ID del (de la) estudiante _____ Grado _____

Nombre de la escuela _____ Nombre del maestro(a) _____

¿Su hijo(a) come por lo general las comidas que ofrece la escuela? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles comidas suministradas por los FNS comerá su hijo(a)?

- Desayuno Almuerzo Merienda

Además, ¿en cuáles días es más probable que su hijo(a) consuma las comidas suministradas por los FNS?

- Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Certifico que el (la) estudiante mencionado(a) anteriormente necesita que se le suministren comidas especiales en la escuela como se describe en este formulario.

Nombre del padre/ de la madre/ del tutor (en letra imprenta) _____ Firma _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Fecha _____

La Sección B- debe llenarla el médico

¿ El (la) estudiante tiene alergias a los alimentos? (Nota: los FNS no sirven productos que contengan maní o frutos secos)

- Sí No

Si la respuesta es sí, seleccione el alérgeno en la siguiente lista

Trigo

- Todo tipo de trigo

Huevos

- Todo tipo de proteínas del huevo- albúmina (clara) y yema
 Huevo entero- hervidos y revueltos
 Los huevos cocidos en algunos productos están bien
(por ej., panqueques)

Productos lácteos

- Todo tipo de proteínas de la leche- caseína, suero, etc.
 Leche líquida
 Queso
 Yogur

Otro: _____

Frutos secos (no suministrados por FNS)

- Todos tipo de frutos secos

Maní (no suministrados por FNS)

- Todo tipo de maní

Soja

- Todo tipo de proteína de soja
 Toda la proteína de soja, excepto el aceite de soja

Pescado

- Todo tipo de pescados

Mariscos

- Todo tipo de mariscos

Otro: _____



Alimentos específicos a omitir o sustituir

La Sección C- debe llenarla el médico

¿ El (la) estudiante precisa de una modificación especial de las texturas de los alimentos? Sí No

Indique la textura de la dieta especial recetada.

Picado (indique cualquier instrucción específica)

Molido (indique cualquier instrucción específica)

En puré (indique cualquier instrucción específica)

La Sección E- debe llenarla el médico

¿ El (la) estudiante tiene otras necesidades especiales nutricionales o alimenticias? Sí No

Describa la dieta especial / necesidades alimenticias tales como la enfermedad celíaca, diabetes, etc.

Certifico que el (la) estudiante mencionado(a) anteriormente necesita que se le suministren comidas especiales en la escuela como se describe en la parte superior.

Nombre del médico _____ Número del consultorio _____

Firma del médico _____ Fecha _____

If received by School Staff, please scan and email to: Dietary.Forms@k12.dc.gov

For district staff only:

Dietitian Name: _____

Contact date: _____