



Formulario de adaptaciones dietéticas por razones médicas

Si su hijo requiere un plan de alimentación especial debido a una condición médica o alergia a algún alimento, entonces usted deberá completar este formulario y enviarlo por correo electrónico a los Servicios de Alimentación y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) de las DCPS a: dietary.forms@k12.dc.gov. Se debe presentar un nuevo formulario cada vez que se solicite un cambio en la dieta.

Una vez completado, FNS se comunicará con usted para hablar sobre las opciones de menú. Si no tiene acceso a un correo electrónico, entonces envíelo al encargado de la cafetería. **Este formulario requiere la firma de un profesional médico (médico autorizado, asistente médico o enfermero titulado)**

Sección A- El padre/la madre o el tutor debe completar esta parte

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____ Grado _____

Nombre de la escuela _____ Id. del estudiante _____ Nombre del maestro _____

¿ Su hijo suele comer las comidas que ofrece la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué comidas de los Servicios de Alimentación y Nutrición consumirá su hijo?

- Desayuno Almuerzo Merienda (después de las clases)

Además, ¿qué días es más probable que su hijo consuma las comidas que ofrecen los Servicios de Alimentación y Nutrición?

- Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Certifico que el estudiante antes mencionado necesita recibir una alimentación escolar especial como se describe en este formulario,

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

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____ Fecha _____

Sección B- El profesional médico (médico autorizado, asistente médico o enfermero) debe completar esta parte

¿Tiene el estudiante alergia a algún alimento? (Nota: FNS no sirve productos que contengan maní o frutos secos) Sí No

En caso afirmativo, marque el o los alérgenos de la lista siguiente:

Trigo

- Todo tipo de trigo

Huevos

- Todo tipo de proteínas del huevo- albúmina (clara) y yema
 Huevo entero- hervido y revuelto
 Huevos cocidos en productos están bien (p. ej., panqueques)

Productos lácteos

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

Sésamo:

- Todo tipo de sésamo

Alimentos específicos que deben omitirse o sustituirse:

Frutos secos (no suministrados por FNS)

- Todo tipo de frutos secos

Maní (no suministrados por FNS)

- Todo tipo de maní

Soja

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

Pescado

- Todo tipo de pescados

Mariscos

- Todos tipo de mariscos

Otro: _____



Sección C- El profesional médico debe completar esta parte

¿Requiere el estudiante algún tipo de 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)

Sección E- El profesional médico debe completar esta parte

¿Tiene el estudiante otras necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Sí No

Describa la dieta especial / necesidades de alimentación, como enfermedad celíaca, diabetes, etc.

Certifico que el estudiante antes mencionado necesita una alimentación especial en la escuela como se describe arriba,

Nombre del profesional médico _____ **Teléfono del consultorio** _____

Firma del profesional médico _____ **Fecha** _____

Si lo recibe el personal de la escuela, escanéelo y envíelo por correo electrónico a: Dietary.Forms@k12.dc.gov

Sólo para el personal del distrito: Nombre del dietista: _____ Fecha de contacto: _____