

Medical Dietary Accommodation Form

Formulario de Adaptación Alimentaria Médica

Si su hijo requiere un plan de comidas especial relacionado con una afección médica o alergia alimentaria, debe llenar y enviar este formulario por correo electrónico a los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) de las DCPS al correo electrónico dietary.forms@k12.dc.gov. Envíe un nuevo formulario si se solicita un cambio en la dieta. Una vez que lo haya llenado, los FNS se comunicarán con usted para hablar de las opciones del menú. Tenga en cuenta que las adaptaciones no comienzan hasta que se haya confirmado una fecha de inicio con un miembro del equipo de los FNS. Si no tiene acceso al correo electrónico, envíe este formulario al gerente de la cafetería.

Este formulario requiere la firma de un médico (médico con licencia, asistente médico, o de un enfermero practicante)

¿REQUERIDO - SECCIÓN A (lo debe llenar un padre/tutor):

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento del estudiante:** ___/___/___ **Grado:** _____

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

Si su hijo come alguna comida de la cafetería, ¿qué comidas come? Solo proporcionaremos adaptaciones para comidas durante los períodos de comida que usted indique que se necesitan adaptaciones.

- Desayuno Almuerzo Tentempié (*snack*) o cena (programación extracurricular)

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comida escolar especial como se describe en este formulario. Además, doy permiso a los Servicios de Alimentos y Nutrición de las DCPS para hablar con la Autoridad Médica Autorizada que se menciona a continuación para analizar las necesidades alimentarias que se describen a continuación. Entiendo que las DCPS pueden descontinuar las adaptaciones si no respondo a las solicitudes de comunicación después de 3 intentos.

Nombre del padre/tutor (impreso) _____ Firma _____

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____ Fecha ___/___/___

REQUIRED - SECTION B.1 (Must be completed by the Medical Practitioner) – REQUERIDO - SECCIÓN B.1 (lo debe llenar el médico)

Does the student have food allergies/intolerances that substantially limit the student’s ability to eat regular school meals?
¿El estudiante tiene alergias/intolerancias alimentarias que limitan sustancialmente la capacidad del estudiante para comer comidas escolares regulares?

- Yes** **No** (Note: FNS does not currently serve products containing Peanuts or Tree Nuts (incl. Coconut))
 Sí **No** (Aviso: los FNS actualmente no sirven productos que contengan maní o frutos secos (incluido el coco))

If yes, please select the allergen(s)/intolerances from the list below:

En caso afirmativo, seleccione los alérgenos/intolerancias de la lista que figura a continuación:

Wheat (Trigo):

- All Wheat (todo trigo)

Tree Nuts (not provided by FNS) Frutos secos (no proporcionados por FNS):

- All Tree Nuts (Todos los frutos secos)

Eggs (huevos):

FNS):

- All Egg Proteins – both whites and yolk
(Todas las proteínas del huevo, tanto las claras como la yema)
 Baked good with eggs allowed (i.e. muffins)
(Se permiten productos horneados con huevos [es decir, panecillos])

Peanuts (not provided by FNS) (Maní (no proporcionado por

- All Peanuts (todos los manís)

Soy (Soja):

- All Soy Products (Todos los productos de soja)
 All Soy Protein, Soybean Oil allowed
(Toda la proteína de soja, aceite de soja permitido)

Dairy (lácteos)

- All Milk Proteins- Casein, Whey, etc
(Todas las proteínas de la leche: caseína, suero de leche, etc.)
 Cheese (queso)
 Yogurt (yogur)

Fluid Milk (Leche fluida)

Sesame (sésamo):

All Sesame (toda semilla de sésamo/ajonjolí)

Shellfish (marisco):

All Shellfish (e.g., Shrimp, crab)

Todos los mariscos (por ejemplo, camarones, cangrejos)

Fish (pescado):

All Fish (e.g., tuna, salmon, tilapia)

Todos los pescados (por ejemplo, atún, salmón, tilapia)

Other (otros):

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.2 (Must be completed by the Medical Practitioner)

Requerido (en caso afirmativo, en la sección B.1) - SECCIÓN B.2 (lo debe llenar el médico)

Please inform us of the reaction/s associated with this student's allergy/intolerance: (For example, "consuming egg or any egg-containing product causes a life-threatening reaction") / **Por favor, infórmenos de la/s reacción/es asociada/s con la alergia/intolerancia de este estudiante:** (Por ejemplo, "consumir huevo o cualquier producto que contenga huevo causa una reacción potencialmente mortal"):

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.3 (Must be completed by the Medical Practitioner)

Requerido (En caso afirmativo, en la Sección B.1) - SECCIÓN B.3 (lo debe llenar el médico)

Please list the foods to be omitted with suggested substitutions. (For example, "Foods to Omit: gluten-containing products, Substitute with: rice, gluten-free bread"). / Enumere los alimentos que deben excluirse con las sustituciones sugeridas. (Por ejemplo, "Comidas para excluir: productos que contienen gluten, sustitúyalos con: arroz, pan sin gluten").

Foods to Omit (Comidas para excluir):	Substitute with (Sustituir con):

SECTION C (Must be completed by the Medical Practitioner)

SECCIÓN C (la debe llenar el médico)

Does the student require special modification of dietary textures?

¿El estudiante requiere una modificación especial de las texturas alimentarias? **Yes (Sí)** **No (No)**

If yes, indicate texture on prescribed special diet.

En caso afirmativo, indique la textura en la dieta especial prescrita.

Solids (sólidas):

Chopped (please indicate any specific instructions)

Picada (indicar instrucciones específicas)

Ground (please indicate any specific instructions)

Molida (por favor, indique las instrucciones específicas)

Pureed (please indicate any specific instructions)

Puré (indique las instrucciones específicas)

Liquids (líquidos):

- Thin (aguado)
- Mildly Thick (ligeramente espeso)
- Extremely Thick (extremadamente espeso)
- Slightly Thick (ligeramente espeso)
- Moderately Thick (moderadamente espeso)

SECTION D (Must be completed by the Medical Practitioner)
SECCIÓN D (la debe llenar el médico)

Does the student have other special nutritional or feeding needs?

¿El estudiante tiene otras necesidades nutricionales o de alimentación especiales? **Yes (Sí)** **No (No)**

If yes, please describe the special diet/feeding needs such as diabetes, etc.

En caso afirmativo, describa las necesidades especiales de dieta/alimentación, como diabetes, etc.

I certify that the above-named student needs special school food as described above.

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita alimentación escolar especial como se describe anteriormente.

Medical Practitioner's Name: _____ **Office Phone Number:** _____
 Nombre del médico Número de teléfono de la oficina

Medical Practitioner's Signature: _____ **Date:** ____/____/_____
 Firma del médico Fecha

Office Name: _____ **Email:** _____
 Nombre de la oficina Correo electrónico

La información en este formulario puede compartirse con las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia pertinentes y con el personal del proveedor de administración de servicios de alimentos para satisfacer adecuadamente a su hijo, a menos que se especifique lo contrario por escrito. Las adaptaciones pueden suspenderse mediante una solicitud por escrito del padre/tutor.

Este formulario debe enviarse a: Dietary.forms@k12.dc.gov