



Medical Dietary Accommodation Form Mẫu đơn yêu cầu chế độ ăn uống y tế

Nếu học sinh của quý vị yêu cầu một kế hoạch bữa ăn đặc biệt liên quan đến tình trạng y tế hoặc dị ứng thực phẩm, mẫu đơn này phải được điền và gửi qua email đến Dịch Vụ Thực Phẩm và Dinh Dưỡng DCPS (FNS) tại dietary.forms@k12.dc.gov. Vui lòng gửi biểu mẫu mới nếu yêu cầu thay đổi chế độ ăn uống. Sau khi hoàn thành, FNS sẽ liên hệ với bạn để thảo luận về các tùy chọn menu. Xin lưu ý rằng yêu cầu chế độ ăn kiêng không được áp dụng cho đến khi ngày bắt đầu đã được xác nhận với một thành viên của nhóm FNS. Nếu quý vị không có quyền truy cập vào email, vui lòng gửi biểu mẫu này cho người quản lý của căng tin.

This form requires a Medical Practitioner's signature (licensed physician, physician assistant, or nurse practitioner)

BẮT BUỘC - PHẦN A (phải được hoàn thành bởi Phụ huynh / Người giám hộ):

Tên học sinh: _____ Ngày sinh của học sinh: ____/____/____ Lớp: _____

Tên Trường: _____ ID học sinh: _____ Tên giáo viên: _____

Nếu trẻ ăn bất kỳ bữa ăn nào từ căng tin, chúng sẽ ăn bữa nào? Chúng tôi sẽ chỉ đáp bữa ăn kiêng cho thời gian bữa ăn mà quý vị cho biết cần được đáp ứng yêu cầu.

Bữa sáng Bữa trưa Bữa ăn nhẹ hoặc Bữa tối (chương trình sau giờ học) Tôi xác nhận rằng học sinh có tên ở trên cần thực phẩm đặc biệt của trường như được mô tả trong mẫu đơn này. Ngoài ra, tôi cho phép Dịch vụ Thực phẩm và Dinh dưỡng DCPS nói chuyện với Cơ quan Y tế được Ủy quyền có tên dưới đây để thảo luận về các nhu cầu ăn kiêng được mô tả dưới đây. Tôi hiểu rằng DCPS có thể ngừng dịch vụ nếu tôi hỏi đáp các yêu cầu liên lạc sau 3 lần.

Tên cha mẹ / người giám hộ (viết in) _____ Chữ ký _____

Điện thoại _____ Địa chỉ Email _____ Ngày ____/____/____

REQUIRED - SECTION B.1 (Must be completed by the Medical Practitioner) –

BẮT BUỘC - MỤC B.1 (Phải được hoàn thành bởi Bác sĩ Y khoa)

Does the student have food allergies/intolerances that substantially limit the student's ability to eat regular school meals?

Học sinh có bị dị ứng / không dung nạp thực phẩm làm hạn chế đáng kể khả năng ăn các bữa ăn bình thường ở trường của học sinh không?

Yes **No** (Note: FNS hiện không phục vụ các sản phẩm có chứa đậu phộng hoặc hạt cây (kể cả dừa)

Có **Không** (Lưu ý: FNS hiện không phục vụ các sản phẩm có chứa đậu phộng hoặc hạt cây (kể cả dừa)

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

Nếu có, vui lòng chọn (các) chất gây dị ứng / không dung nạp từ danh sách dưới đây:

Wheat (Lúa mì):

All Wheat (Tất cả lúa mì)

Tree Nuts (not provided by FNS) Hạt cây (không được cung cấp bởi FNS):

Tất cả các loại hạt cây

Peanuts (not provided by FNS) (Đậu phộng (không được cung cấp bởi FNS):

All Peanuts (tất cả đậu phộng)

Eggs (trứng):

All Egg Proteins – both whites and yolk
(Các loại đạm từ trứng - cả lòng trắng và lòng đỏ)

Baked good with eggs allowed (i.e. muffins)
(Nướng với trứng được phép (như là bánh nướng xốp)

Soy (đậu):

All Soy Products (các sản phẩm từ đậu nành)

All Soy Protein, Soybean Oil allowed

Tất cả đạm và dầu đậu nành được phép



Dairy (Sản phẩm từ sữa)

- All Milk Proteins- Casein, Whey, etc
(Tất cả các loại đạm từ sữa - Casein, lúa mì, v.v.)
- Fluid Milk (sữa nước)
- Cheese (phô mai)
- Yogurt (sữa chua)

Sesame (vừng, mè):

- All Sesame (Tất cả các loại vừng, mè)

Fish (cá):

- All Fish (e.g., tuna, salmon, tilapia)
Tất cả các loại cá (ví dụ: cá ngừ, cá hồi, cá rô phi)

Shellfish (động vật có vỏ):

- All Shellfish (e.g., Shrimp, crab)
Tất cả các loại động vật có vỏ (ví dụ: tôm, cua)

Other (khác): _____

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

Bắt buộc (Nếu trả lời Có ở Phần B.1) – PHẦN B.2 (Phải được hoàn thành bởi bác sĩ)

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”) / Vui lòng thông báo cho chúng tôi về (các) phản ứng liên quan đến dị ứng / không dung nạp của học sinh này: (Ví dụ: "tiêu thụ trứng hoặc bất kỳ sản phẩm có chứa trứng nào gây ra phản ứng đe dọa tính mạng"):

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

Bắt buộc (Nếu có, trong Phần B.1) – PHẦN B.3 (Phải được hoàn thành bởi Bác sĩ)

Please list the foods to be omitted with suggested substitutions. (For example, “Foods to Omit: gluten-containing products, Substitute with: rice, gluten-free bread”). / Vui lòng liệt kê các loại thực phẩm được bỏ qua với các thay thế được đề xuất. (Ví dụ: "Thực phẩm cần bỏ qua: sản phẩm chứa gluten, Thay thế bằng: gạo, bánh mì không chứa gluten").

Foods to Omit (Thực phẩm cần bỏ qua):	Substitute with (Thay thế bằng):

SECTION C (Must be completed by the Medical Practitioner)

PHẦN C (Phải được hoàn thành bởi Bác sĩ)

Does the student require special modification of dietary textures?

Học sinh có yêu cầu sửa đổi đặc biệt về kết cấu chế độ ăn uống không? Yes (có) No (không)

If yes, indicate texture on prescribed special diet.

Nếu có, chỉ ra kết cấu trên chế độ ăn uống đặc biệt theo quy định.



Solid (Đồ ăn rắn):

- Chopped** (please indicate any specific instructions) **Ground** (please indicate any specific instructions)
Băm nhỏ (vui lòng cho biết hướng dẫn cụ thể) **Xay nhỏ** (vui lòng cho biết hướng dẫn cụ thể)
- _____
- Pureed** (please indicate any specific instructions)
Xay nhuyễn (vui lòng cho biết bất kỳ hướng dẫn cụ thể nào)
- _____

Chất lỏng (chất lỏng):

- Thin (mỏng) Moderately Thick (hơi dày)
 Mildly Thick (dày nhẹ) Moderately Thick (dày vừa phải)
 Cực dày (cực dày)

SECTION D (Must be completed by the Medical Practitioner)
PHẦN D (Phải được hoàn thành bởi Bác sĩ)

Does the student have other special nutritional or feeding needs?

Học sinh có các nhu cầu dinh dưỡng hoặc cách ăn khác đặc biệt không? **Yes (có)** **No (không)**

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

Nếu có, vui lòng mô tả chế độ ăn uống / nhu cầu cho ăn đặc biệt như bệnh tiểu đường, v.v.

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

Tôi xác nhận rằng học sinh có tên ở trên cần thực phẩm đặc biệt của trường như được mô tả trong mẫu đơn này.

Medical Practitioner's Name: _____ **Office Phone Number:** _____
 Tên bác sĩ Số điện thoại

Medical Practitioner's Signature: _____ **Date:** ____/____/____
 Chữ ký của bác sĩ Ngày

Office Name: _____ **Email:** _____
 Tên phòng khám Email

Thông tin trong biểu mẫu này có thể được chia sẻ với các trường công lập DC thích hợp và nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ thực phẩm để đáp ứng đúng nhu cầu cho học sinh của quý vị trừ khi có quy định khác bằng văn bản. Việc đáp ứng nhu cầu ăn kiêng có thể dừng khi phụ huynh/người giám hộ yêu cầu bằng văn bản.

This form should be submitted to: Dietary.forms@k12.dc.gov