



## 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](mailto: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](mailto:Dietary.Forms@k12.dc.gov)**

**For district staff only:**

Dietitian Name: \_\_\_\_\_

Contact date: \_\_\_\_\_