

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Para necesidades médicas y nutricionales especiales

Date Received by FNS/Initial: _____

LEA DETENIDAMENTE: COMPLETE ESTE FORMULARIO SOLO SI SU HIJO TIENE NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:



PARTE A: Padres para completar para niños con intolerancia a la lactosa, preferencias religiosas o alimenticias

PARTE B: Para ser completado por un médico SOLAMENTE si está solicitando cambios en la dieta de su hijo debido a alergias alimentarias o una condición médica

Devuelva el formulario completo a la oficina principal de la escuela o al gerente del café.

Comuníquese con el dietista del distrito si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario: 321-633-1000 x 11690

PARTE A -Madre / Padre para completar

Nombre de escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Nombre y dirección de correo electrónico del padre / tutor: _____

Número de teléfono: _____

Solicitud de los padres: _____ Intolerancia a la lactosa: mi hijo no puede beber / comer: ___leche ___queso ___yogur ___helado

_____ Preferencias religiosas / personales: mi hijo no puede comer: _____

_____ Condición médica / alergia (EL MÉDICO DEBE COMPLETAR LA PARTE B)

Firma del Padre / Tutor: X _____ Fecha: _____

(Doy mi consentimiento para el intercambio de información entre el médico y la escuela; marque si no da su consentimiento _____)

PARTE B- Completado y firmado SOLAMENTE POR EL MEDICO- alergia alimentaria / condición médica

Special Diet Request due to _____ Food Allergies _____ Medical Condition (please specify) _____

Please check all the foods that need to be **ELIMINATED** from child's diet during the school day:

DAIRY

- _____ Fluid Milk (Substitute w/Soy milk: **Y**___ or **N**___)
- _____ Cheese _____ Cheese cooked in a meal (Baked Ziti)
- _____ Yogurt _____ Ice Cream
- _____ Baked goods that contain dairy (rolls)

EGG

- _____ Whole eggs
- _____ Baked goods that contain eggs

WHEAT/ GLUTEN

- _____ Recipes with any gluten containing grain

FISH OR SHELLFISH

- _____ Fish _____ Shellfish

PEANUTS OR TREE NUTS

- _____ Peanuts
- _____ Tree Nuts

CORN

- _____ Whole corn (taco shells, tortilla chips)
- _____ Recipes w/corn products such as modified corn starch, corn syrup, etc.

SOY

- _____ Soy protein (concentrate, hydrolyzed, isolate)
- _____ Recipes w/any soy listed as ingredient

OTHER - please specify: _____

LICENSED PHYSICIAN'S INFORMATION

X _____

Medical Authority Signature

Medical Authority Printed Name/Date

Medical Office Stamp (Please include phone number)