

1. Padre/Guardián: complete Sección A. Firme y escriba la fecha (requerido para procesar)
2. Autoridad médica: complete Sección B. Nombre impreso, firma y la fecha (requerido para procesar)
3. Devuelva el formulario completo a la enfermera de la escuela.
4. Dietistas revisarán y procesarán sus formularios de acuerdo al orden en que son recibidos.
5. Todo formulario incompleto será devuelto a la enfermera de la escuela para que lo complete el Padre o Guardián.

● La información sobre nutrición, contenido de carbohidratos e alérgenos está disponible a través de MealViewer para ayudarlos a planificar las comidas de su hijo de manera que se ajuste a sus preferencias dietéticas y religiosas, no se necesita un formulario de solicitud de dieta. Se puede acceder a la aplicación MealViewer a través de: <https://schools.mealviewer.com/district/FortWorthISD>. También pueden descargar la aplicación MealViewer To Go disponible para dispositivos Apple y Android.

SECCIÓN A. Para ser Completo por el Padre / Guardián

Número de Identificación del Estudiante	Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento

Tipo de Solicitud <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Cambiar/Modificar <input type="checkbox"/> Descontinuar	¿Qué comidas proporcionadas por la Cafetería de la Escuela comerá el estudiante? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> NINGUNO	¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada? (IEP o Plan 504)? <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> No
--	--	--

--

Dirección de correo electrónico del Padre/Guardián (ESCRIBE LEGIBLE)

Solicitudes de los padres que no se deben a una discapacidad médica. Tenga en cuenta: Los Servicios de Nutrición pueden intentar acomodar preferencias culturales / personales, pero NO están obligados por ley a hacerlo. Estas adaptaciones dependen de la disponibilidad del producto en la línea de servicio diario.

Vegano Sin Cerdo Otros
 Vegetariano Sin Carne

Este formulario debe completarse al comienzo de cada año escolar y cada vez que haya un cambio o interrupción de las necesidades dietéticas durante el año escolar. La finalización anual de este formulario por parte de la autoridad médica del estudiante garantiza que se comuniquen las necesidades nutricionales actuales.

Doy permiso a los Servicios de Nutrición Infantil del Distrito Escolar Independiente de Fort Worth para hablar con la autoridad médica para discutir las necesidades dietéticas según lo ordenado.

X

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN	Fecha	Número de Teléfono del Padre/Guardián
---------------------------------	-------	---------------------------------------

SECCIÓN B. Para ser Completo por el Médico Primario / Autoridad Médica

MODIFICACIÓN DE TEXTURA:

Todo el Año Temporal Comienzo: _____ Termina: _____

Requiere Utensilios Especiales: _____

Líquidos: Delgado (Líquidos Regulares) Ligeramente Grueso
 Moderadamente grueso Extremadamente grueso

Sólidos: Regular Picado y Húmedo
 Suave y de Tamaño de Bocado Puré

ALERGIAS (Seleccione todas las que apliquen):

HUEVO

- Huevos enteros como huevos revueltos o huevos cocidos.
- Productos horneados con cualquier huevo listado como ingrediente

LÁCTEOS

- Todos los alimentos / bebidas con leche incluida como ingrediente, incluidos los productos horneados
- Queso y recetas con queso listado como ingrediente
- Yogur
- Leche fluida (Sustitución: Leche Sin Lactosa Agua)

PESCADO O MARISCO

- Pescado
- Marisco

TRIGO / GLUTEN

- Recetas con trigo listado como ingrediente
- Recetas con gluten (trigo, cebada, centeno, triticale) listadas como ingrediente

MAÍZ

- Maíz entero como granos de maíz, chips de tortilla, muffin de maíz
- Recetas con maíz / productos de maíz listados como ingrediente

NUECES

- Maní (Cacahuete)
- Nueces de Árbol (especifique): _____

SOYA

- Lecitina de Soya
- Proteína de soya (concentrado, hidrolizado, aislado)
- Artículos del menú con cualquier soya listada como ingrediente

OTROS _____

Certifico que al estudiante mencionado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describió anteriormente debido a la alergia alimentaria o la intolerancia / alergia alimentaria del estudiante según la discapacidad.

Nombre de la Autoridad Médica: _____ (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) MD DO RD PA NP SLP

Firma del médico / autoridad médica que prescribe: _____ (FIRMA) _____ (FECHA)

Número de Teléfono: _____

No escriba aquí abajo. Para uso Escolar Solamente

School Nurse/Office Personnel USE ONLY

Student ID: _____	Student Name: _____	School Number: _____	School Name: _____
School RN Name: _____	School RN Phone Number: _____	School RN Email: _____	