



FORT WAYNE COMMUNITY SCHOOLS  
1200 South Clinton Street  
Fort Wayne, IN 46802

NUTRITION SERVICES  
3211 W. Ludwig Rd.  
Fort Wayne, IN 46818



## Declaración para estudiantes con necesidades dietéticas especiales en los programas de nutrición infantil

Estimado padre/representante:

Es necesario tener una declaración médica para aquellos estudiantes con restricciones en sus dietas. Por favor pídale a su médico de familia que llene la sección para el médico de familia en esta planilla. Si su estudiante tiene alergia o lacto intolerancia, por favor complete la sección de Sustitución de Leche de este formulario. Regrese el formulario completado a la enfermera de la escuela, quien a su vez lo compartirá con los Dietistas Diplomados de los Servicios de Nutrición de FWCS.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Yo he revisado y entendido la información suministrada por el médico de mi niño/a. Estoy de acuerdo que esta información sea archivada en los registros escolares de mi niño/a y que se comparta con el personal apropiado del distrito y de la escuela. Entiendo que los Dietistas Diplomados de los Servicios de Nutrición de FWCS podrán contactar al médico de mi estudiante para obtener más explicación de la información antes mencionada. Esta autorización estará en efecto durante el año escolar 2025-26, a no ser que yo entregue nueva información por escrito a la escuela.*

Firma de padre/madre/representante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Sección para el médico:

¿Tiene el estudiante una incapacidad (impedimento físico o mental) por la cual se requiere tener una dieta especial?

☐

Sí

☐

No

Si respondió que sí, marque la incapacidad (Sistema) y enumere la actividad de vida afectada por esta incapacidad.

☐

Sistema inmunológico

☐

Neurológico

☐

Respiratorio

☐

Circulatorio

☐

Endocrino

☐

Crecimiento normal de las células

☐

Digestivo

☐

Intestinal/urinario

☐

Cerebral

☐

Reproductivo

Describa la razón para la necesidad dietética especial (alergia a los alimentos, intolerancia a productos lácteos, etc.)

Receta para la dieta (Lista de alimento(s) que se necesitan omitir o alternativos recomendados). *Preferencias alimenticias no son de uso apropiado en este formulario.*

☐

Estoy de acuerdo que los Dietistas Diplomados de FWCS hagan recomendaciones a los alimentos que se usen como substitutos.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Por favor en letras de imprenta el nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



FORT WAYNE COMMUNITY SCHOOLS  
1200 South Clinton Street  
Fort Wayne, IN 46802

NUTRITION SERVICES  
3211 W. Ludwig Rd.  
Fort Wayne, IN 46818



## Sección de sustitución de la leche:

¿Tiene el estudiante alergia a los lácteos (impedimento físico o mental) o una alergia que requiera sustituto de la leche?

☐ Sí ☐ No

Explique por qué el estudiante necesita sustituto para la leche.

\_\_\_\_\_

Sustitutos apropiados:

\_\_\_\_\_

¿Es el yogur un sustituto aceptable? ☐ Sí ☐ No

¿Es la leche un ingrediente aceptable? ☐ Sí ☐ No

☐ Estoy de acuerdo que los Dietistas Diplomados de FWCS hagan recomendaciones a los alimentos que se usen como sustitutos.

**Firma de padre/madre/representante's:** \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde nombre de padre/madre/representante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_