

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 Nutrislice 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 Nutrislice a través de: fwisd.nutrislice.com/menu. También pueden descargar la aplicación Nutrislice 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	¿Qué comidas proporcionadas por la Cafetería de la Escuela comerá el estudiante? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> NINGUNO		
	<input type="checkbox"/> Cambiar/Modificar	¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada? (IEP o Plan 504)?		
	<input type="checkbox"/> Descontinuar	<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

Sección B no será requerida para solicitudes que no se deban a discapacidad médica.

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: _____

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

Requiere Utensilios Especiales: _____

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

Nutrientes Específicos: Carbohidratos, calorías, si aplica:

ALERGIAS (Seleccione todas las que apliquen):

HUEVO

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

MAÍZ

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

NUECES

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

PESCADO O MARISCO

- Pescado
 Marisco

SOYA

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

TRIGO / GLUTEN

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

Manager's Name: _____ Manager's Email: _____

Phone Number: _____ School Name & Number: _____

School RN Name: _____

School RN Phone Number: _____

School RN Email: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.