



Entregue el formulario completo y firmado a: ysd-foodservicesspecialdiets@ysd7.org O por fax a
Servicios de Nutrición, 509.573.7188 **Todos los campos deben ser completados**

Orden de Acomodaciones Dietéticas Especiales

Nombre del estudiante/participante	Fecha de nacimiento	#ID del estudiante
Firma del padre/tutor	Dirección de correo (ciudad, estado, código postal)	
Nombre de la escuela/grado	Fecha	Número de teléfono

La ley federal y las regulaciones del USDA requieren que los programas de nutrición realicen modificaciones razonables para ajustarse a los niños con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad importante de vida o función corporal, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias de dieta personal. **Por favor solicite a una Autoridad Médica reconocida por el estado que complete el siguiente formulario:**

1. **Describe cómo la discapacidad afecta al estudiante** (p.ej., cómo la ingestión/contacto con el alimento afecta al niño):**

2. **Anote el alimento(s) y/o bebida(s) específicos que se omitirán o modificará, (marque TODO lo que corresponda):**

- | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|
| ☐ Leche de vaca | ☐ Huevos | ☐ Soya | ☐ Nueces (clase): _____ |
| ☐ Yogur | ☐ Horneado como ingrediente | ☐ Pescado | ☐ Sésamo |
| ☐ Queso | ☐ Huevo solo cocinado | ☐ Moluscos | ☐ Gluten |
| ☐ Trigo | | | |

☐ Otros - Explique: _____

3. **¿Es esta una alergia potencialmente mortal?** ☐ Sí ☐ NO

4. **Alimentos/bebidas de sustitución:** ☐ Sin lactosa ☐ Soya ☐ Otro – Explique:

5. **¿Se debe omitir la cafeína para el estudiante?** ☐ Sí ☐ NO

En la preparatoria Eisenhower hay bebidas con cafeína disponibles para comprar.

* Una Autoridad Médica reconocida por el estado es un profesional de la salud con licencia autorizada para prescribir recetas médicas en Washington: Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente del Médico (PA) con autoridad prescriptiva, Médico Naturópata, Enfermero Especializado (ARNP), Dietista registrado (RD).

Firma de la Autoridad Médica reconocida por el estado*

Fecha

Nombre de la clínica

Número de teléfono de la clínica

Fecha de recepción en la Oficina de Servicios de Nutrición

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene preguntas sobre dietas especiales/inquietudes sobre el menú por favor envíe un correo electrónico a ysd-foodservicesspecialdiets@ysd7.org o llame al 509.573.7156. **Este formulario, una vez aprobado, permanecerá en vigor hasta que lo revoque una autoridad médica reconocida por el estado o una carta de un padre o tutor.**

October 29, 2025