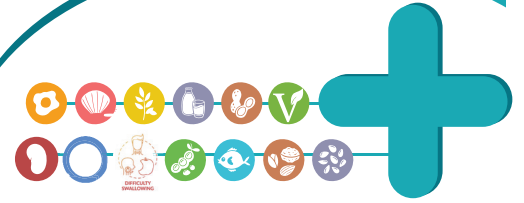


# FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES PROGRAMA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y DIETAS ESPECIALES (FASDP)



## DECLARACIÓN MÉDICA DE MASCHIO'S: SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES Y SUSTITUCIONES DE LECHE.

Debe ser completado por el padre/tutor y firmado por un profesional médico con licencia. Por favor, escriba con letra clara y envíe el formulario completado por correo electrónico a [nutrition@maschiofood.com](mailto:nutrition@maschiofood.com) O por fax al (908) 888-2335. Maschio's Food Services respeta su privacidad. La información de salud revelada en este documento solo se compartirá con las personas que apoyan los esfuerzos para proporcionar modificaciones de comidas seguras.

1. Nombre del distrito escolar

*Si su escuela no pertenece a un distrito, por favor pase a la siguiente pregunta e indique el nombre de la escuela.*

2. Nombre de la escuela

3. Nombre completo del estudiante

*(Nombre y apellido)*

4. Fecha de nacimiento (F.N.)

5. Grado

6. Nombre completo del maestro/a

*(Nombre y apellido)*

7. Sexo:  Masculino  Femenino

8. ¿Tiene alguna información adicional que le gustaría compartir con nosotros sobre su hijo/a, o información que nuestro personal deba conocer?

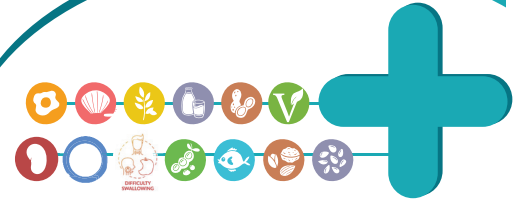
9. Nombre completo del padre/madre o tutor

*(Nombre y apellido)*

10. Número de teléfono del padre/madre o tutor

11. Correo electrónico del padre/madre o tutor

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES PROGRAMA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y DIETAS ESPECIALES (FASDP)



12. Por favor, elija uno de los siguientes menús que está solicitando:

- Menú libre de alérgenos *(para estudiantes con alergias alimentarias)*
- Menú de dieta especial *(para estudiantes que requieren una dieta especial debido a una condición médica, como diabetes, fenilcetonuria "PKU," enfermedad renal, etc..)*

13. ¿Es esta la primera vez que solicita un menú libre de alérgenos o de dieta especial a Maschio's Food Services?

- Sí     No

14. ¿Tuvo su hijo un menú libre de alérgenos o de dieta especial durante el año escolar anterior?

- Sí    Se deben enviar formularios médicos actualizados al departamento de nutrición anualmente, ya que estos menús no se renuevan automáticamente de un año a otro. Por favor, complete las siguientes secciones en su totalidad. Envíe por correo electrónico cualquier documentación médica adicional a [nutrition@maschiofood.com](mailto:nutrition@maschiofood.com) o por fax al (908) 888-2335.
- No

## SOLICITUD DE MENÚ LIBRE DE ALÉRGENOS

Por favor, marque todas las opciones que correspondan.

15.  Alergia alimentaria potencialmente mortal (anafiláctica)

Alergia alimentaria no potencialmente mortal

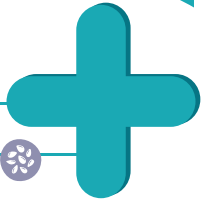
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lácteos               | <input type="checkbox"/> Mariscos  | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al gluten no celiaca                                     |
| <input type="checkbox"/> Huevo                 | <input type="checkbox"/> Pescado   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Alpha-gal   |
| <input type="checkbox"/> Frutos secos de árbol | <input type="checkbox"/> Sésamo  | <input type="checkbox"/> Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) |
| <input type="checkbox"/> Cacahuets (maní)      | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa (evitar leche, queso y yogur; no es una alergia a la leche) | <input type="checkbox"/> Esofagitis eosinofílica (EoE)   |
| <input type="checkbox"/> Soja                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca  |  |
| <input type="checkbox"/> Trigo                 |  |  |

Otro: \_\_\_\_\_

16. Si su hijo es intolerante a la lactosa (solo sustitución de leche), ¿cuál de las siguientes opciones le gustaría? \*Tenga en cuenta que la selección está sujeta a disponibilidad.

- Leche de soja
- Leche sin lactosa
- Leche Ripple (leche a base de proteína de guisante)
- Leche de avena
- Leche de arroz

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES PROGRAMA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y DIETAS ESPECIALES (FASDP)



## SOLICITUD DE MENÚ DE DIETA ESPECIAL

Por favor, marque todas las opciones que correspondan.

17.  Diabetes tipo I o tipo II
- El estudiante tiene diabetes y cuenta con una prescripción dietética para la asignación de carbohidratos.  
Por favor, indique los gramos de carbohidratos por comida:
- Desayuno: \_\_\_\_\_(gramos)
- Almuerzo: \_\_\_\_\_(gramos)
- Merienda después de clases: \_\_\_\_\_(gramos)
- Fenilcetonuria (“PKU”)
- Nefropatía
- Otro: \_\_\_\_\_
- Modificación de Textura

## MODIFICACIONES DE TEXTURA: MARCO IDDSI

Por favor, marque todas las opciones que correspondan. Consulte el marco IDDSI situado en el lado derecho para responder a las siguientes preguntas.

18. ¿Qué estándar IDDSI se está siguiendo para los alimentos?

- 7: Fácil de masticar
- 6: Blando y en trozos pequeños
- 5: Picado y húmedo
- 4: Puré

19. ¿Qué estándar IDDSI se está siguiendo para los líquidos?

- 4: Extremadamente espeso
- 3: Moderadamente espeso
- 2: Ligeramente espeso
- 1: Un poco espeso



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES PROGRAMA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y DIETAS ESPECIALES (FASDP)



20. Por favor, proporcione una descripción de las actividades vitales principales que se ven afectadas:

---

21. Nombre del proveedor médico con licencia del niño: \_\_\_\_\_

22. Nombre y dirección del consultorio del proveedor médico con licencia:

---

23. Número de teléfono del proveedor médico con licencia: \_\_\_\_\_

## A LA CARTA

Recomendamos encarecidamente que los estudiantes con alergias alimentarias eviten comprar los refrigerios que se venden durante el horario escolar, ya que es más probable que estos refrigerios entren en contacto con alérgenos durante su fabricación o preparación.

24.  Permitimos que nuestro hijo adquiera los refrigerios que se venden durante el horario escolar.
- NO permitimos que nuestro hijo adquiera los refrigerios que se venden durante el horario escolar.

Nombre del padre/tutor

Nombre del proveedor médico con licencia

Firma

Firma del proveedor médico con licencia

Fecha

Fecha