



**Distrito Escolar de Tempe No. 3**  
**Formulario de Solicitud de Dieta Especial**

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Sustituto de Leche sin Lactosa**

La bebida que se proporciona es **Leche Sin Lactosa**. Si necesita un sustituto de leche diferente se requiere de una declaración médica. **Si no se necesitan otras modificaciones en la dieta, firme en la línea a continuación y devuelva este formulario.**

Firma del Padre/Guardián por **Leche Sin Lactosa** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Alergias y Dietas Medicamente Necesarias**

La siguiente información debe ser completada por un profesional de atención médica con licencia estatal: médico, asistente médico, enfermera/o médico, dentista, médico homeópata, médico naturópata o médico osteópata.

Diagnóstico relacionado con la modificación de la dieta: \_\_\_\_\_

**Alergias:**  Cacahuate/Maní  Nueces de árbol  \*pistachos  \*almendras  Huevos  Pescado/Mariscos  Trigo  Soya  Proteínas Lácteas  
 \*avellanas

Por favor marque todas las que aplican:

- Síntomas graves/amenazando la vida  Síntomas Leves y manejados con supervisión moderada  
 Autocontrolado, no necesita adaptaciones por parte del personal de la escuela  Trae su comida de casa

**Síntomas SEVEROS:**

- BOCA – hinchazón significativa de la lengua y/o labios  
 GARGANTA - apretada, ronca, dificultad para respirar/tragar  
 PULMÓN – dificultad para respirar, ataques de asma, tos repetitiva  
 PIEL – mucha urticaria en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado  
 GI – vómitos repetitivos o diarrea severa  
 OTROS – especifique: \_\_\_\_\_

**Síntomas MODERADOS:**

- BOCA – picazón en la boca  
 NARÍZ – picazón/escurrimiento nasal  
 PIEL – algunas urticarias, picazón leve  
 GI – náuseas/malestar leve

**Alimentos a restringir de la dieta del niño (obligatorio):**

**Sustituciones para proporcionar en lugar de los alimentos anteriores o los alimentos recomendados (obligatorio):**

**Profesional de Atención Médica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Núm de tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, comuníquese a Servicios de Nutrición al: 480-642-1541 o a través del siguiente correo electrónico: [haley.dean@tempeschools.org](mailto:haley.dean@tempeschools.org)

Regrese este formulario a la Oficina de la Enfermera Escolar o a Servicios de Nutrición al correo electrónico anterior.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



**Distrito Escolar de Tempe No. 3**  
**Formulario de Solicitud de Dieta Especial**

## **Adaptaciones para Comidas Especiales**

Estimados Padres de Familia/Guardianes,

En el Distrito Escolar de Tempe, entendemos la importancia de las adaptaciones dietéticas para las condiciones médicas que afectan a nuestros estudiantes. El Departamento de Servicios de Nutrición realizará adaptaciones dietéticas especiales para los estudiantes con discapacidades o condiciones médicas. El **Formulario de Solicitud de Dieta Médica Especial** adjunto debe ser completado y firmado por un profesional de atención médica con licencia estatal y autorizado para emitir recetas médicas. La leche Lactaid se ofrece a los niños que no pueden beber leche debido a una intolerancia a la lactosa. Para solicitar esta sustitución, complete solo la parte superior del formulario adjunto, firmado por un padre/guardián (no se requiere la firma de un profesional de atención médica).

El Formulario de Solicitud de Dieta Médica Especial debe completarse en su totalidad y devolverse a la oficina de la enfermera de la escuela de su hijo o enviarse por correo electrónico a: [haley.dean@tempeschools.org](mailto:haley.dean@tempeschools.org). Este formulario debe actualizarse si se produce algún cambio en el historial médico de su hijo en cualquier momento durante el año o en un nuevo año escolar. Espere entre 5 y 7 días hábiles para el procesamiento, mientras nos aseguramos de tener toda la información necesaria para completar el plan de dieta y comunicarnos con todas las partes involucradas.

Nuestras escuelas están alertas a la sensibilidad de alergias alimentarias o al maní y la atención se centra en la concientización, la comunicación, la prevención, la respuesta a emergencias y la educación; Sin embargo, las cafeterías escolares no son un “ambiente libre de maní”. Los padres que tengan inquietudes deben completar y firmar el formulario y comunicarse con la enfermera de la escuela para planificar una acción que cubra las necesidades de su estudiante.

Los Servicios de Nutrición no se adaptan a dietas especiales basadas en preferencias personales o creencias religiosas. Abordamos esto ofreciendo una variedad de opciones de menú todos los días en forma de alternativas. En nuestro menú **No** se incluye carne de cerdo.

La información nutricional y de alérgenos está disponible accediendo a los menús en línea a través de este enlace: [LINQ MENU](#).

Para preguntas o dudas, favor de comunicarse a Servicios de Nutrición al: 480-642-1541 o diríjase a, Haley Dean a través de: [haley.dean@tempeschools.org](mailto:haley.dean@tempeschools.org).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.