

**Nutrición Escolar Condado de Polk**  
**Instrucciones del Formulario para Modificar la Dieta**  
**Año Escolar 2026-2027**

Para solicitar modificaciones a una comida escolar, el Departamento de Nutrición Escolar debe recibir un **Formulario de para Modificar la Dieta** completado y firmado por un profesional de atención médica con licencia del estado. Favor de enviar el formulario al Administrador de Nutrición Escolar de la escuela de su hijo/a.

**Se requiere un formulario nuevo cada año escolar.**

### **Información Importante**

Los reglamentos de los Programas Nacionales de Almuerzo Escolar y Desayuno Escolar:

- **Requieren** sustituciones a los requisitos de comida estándar para los participantes que tienen una discapacidad que restringe su dieta.
- **Permite**, pero no requiere, sustituciones para otros participantes que no están discapacitados pero que no pueden consumir alimentos en el menú regular debido a necesidades médicas y / u otras dietas especiales.

Una persona con una incapacidad es una persona que tiene una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, que tiene un historial de dicha discapacidad, o que se considera que tiene dicha discapacidad. Las actividades importantes de la vida se definen como "funciones tales como cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar". Una autoridad médica reconocida por el estado que está autorizada para escribir prescripciones médicas puede determinar si un estudiante tiene una discapacidad que restringe su dieta. Las alergias y condiciones alimenticias, como la obesidad, pueden o no cumplir los criterios de una discapacidad. Un médico puede evaluar que la alergia a los alimentos puede provocar una reacción grave y potencialmente mortal, o que la obesidad es lo suficientemente grave como para limitar sustancialmente una actividad importante de la vida.

Un distrito escolar puede, a su discreción, hacer sustituciones para estudiantes individuales que no tienen una discapacidad, pero que no pueden consumir un alimento debido a necesidades médicas u otras dietas especiales. Dichas sustituciones solo se pueden hacer caso por caso cuando estén respaldadas por un formulario para modificar la dieta firmado por una autoridad médica reconocida, como un médico, asistente médico o enfermera practicante y aprobado por el departamento de nutrición escolar.

### **Alergia a la Leche / Intolerancia a la Lactosa**

El departamento de nutrición escolar solo tiene permitido proveer una bebida sustituta si es nutricionalmente equivalente a la leche, según lo define USDA. **Para estudiantes con intolerancia a la lactosa:** La leche libre de lactosa solo estará disponible si la solicitud está establecida en el Formulario para Modificar Dieta. Hay acceso disponible a agua potable en todas las cafeterías.

**LEA CUIDADOSAMENTE: SOLO COMPLETE ESTA FORMA SI SU NINO TIENE NECESIDAD DE UNA DIETA ESPECIAL**



**INSTRUCCIONES PARA COMPLETA ESTA FORMA:**

**PARTE A:** Debe ser completado y firmado en su totalidad por el padre o tutor  
**PARTE B:** Debe ser completado **SOLO** por el medico si su niño requiere algún cambio en su dieta debido a alergias por comida o alguna condición médica

**Devuelva la forma completada al encargado de la cocina en su escuela**

Por favor contacte las oficinas del distrito si tiene alguna duda completando esta forma: 863-647-4804 x 3

**PARTE A – Padre/Cuidador para completar y firmar**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Escuela:</b> _____   |   | Grado:<br>___Head Start ___Pre-K ___K-5 ___6-8 ___9-12 |
| Nombre del estudiante:  | ID del estudiante:                      | Fecha de Nacimiento del estudiante:                    |
| Nombre del Padre/Encargado  | Correo electrónico del Padre/Encargado: | Numero de Telefono:                                    |
| Requerimiento del padre: _____ Intolerancia a la lactosa – proporcionar leche sin lactosa o leche de soja (marque la opción elegida)<br>_____ Preferencia Religiosa - mi hijo/a no puede comer: _____<br>_____ Condición Medica/Alergia (DEBE SER COMPLETADA LA PARTE B POR EL MEDICO PRIMARIO)<br>_____ Mi hijo/a no comerá alimentos dela escuela. El propósito de esta forma es de modo informacional solamente. |   |  |
| Firma del padre/encargado: <b>X</b> _____   |   | Fecha: _____   |
| (Doy mi consentimiento para el intercambio de información entre el médico y la escuela; marque aquí si NO lo autoriza _____ )   |   |  |

**PARTE B- Completado y firmado SOLAMENTE POR EL MEDICO- alergia alimentaria / condición médica**

**Special Diet Request due to \_\_\_\_\_ Food Allergies \_\_\_\_\_ Medical Condition (please specify) \_\_\_\_\_**

**Please check all the foods that need to be ELIMINATED from child's diet during the school day; please note life threatening with LT.**

**DAIRY**

- \_\_\_\_\_ Fluid Milk (Substitute w/lactose-Free Milk or Soy Milk (circle one)
- \_\_\_\_\_ Cheese \_\_\_\_\_ Cheese cooked in a meal (Pizza,Alfredo)
- \_\_\_\_\_ Yogurt
- \_\_\_\_\_ Baked goods that contain dairy (Bread)

**EGG**

- \_\_\_\_\_ Whole eggs
- \_\_\_\_\_ Baked goods that contain eggs

**WHEAT/ GLUTEN**

- \_\_\_\_\_ Wheat
- \_\_\_\_\_ Recipes with any gluten containing grain

**FISH OR SHELLFISH**

- \_\_\_\_\_ Fish \_\_\_\_\_ Shellfish

**PEANUTS OR TREE NUTS**

- \_\_\_\_\_ Peanuts
- \_\_\_\_\_ Tree Nuts

**CORN**

- \_\_\_\_\_ Whole corn and corn containing recipes

**SOY**

- \_\_\_\_\_ Soy protein (concentrate, hydrolyzed, isolate)

OTHER - please specify: \_\_\_\_\_

TEXTURE - please specify: \_\_\_\_\_

Specify modified size requirement: \_\_\_\_\_

Foods to be omitted and recommended alternatives:

X \_\_\_\_\_  
**Medical Authority Signature**

X \_\_\_\_\_  
**Medical Authority Printed Name/Date**

Medical Office Stamp (Please include phone number)

**For Official Use Only**  
 Date Received by School: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_  
 Date Received by SN Manager: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades.