

Formulario de ingesta alimentaria

Para la modificación de comidas y la planificación de seguridad del CACFP

Estimados padres o tutores:

Complete este formulario para que podamos proporcionar comidas seguras y adecuadas a su hijo a través del CACFP.

I. Información del niño

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del primer servicio: _____

Centro: _____ N° de clase: _____ Marque una: AM PM FD

II. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes necesidades alimenticias?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria (provoca una reacción médica como urticaria, vómitos, etc.) | <input type="checkbox"/> Intolerancia/sensibilidad alimentaria (provoca molestias como malestar estomacal, gases, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Restricciones alimentarias por motivos religiosos o culturales (vegetarianismo, halal, etc.) | <input type="checkbox"/> Otra |

Si es "Otro", por favor explique: _____

III. Sustitución de la leche líquida: ¿Su hijo necesita un sustituto de la leche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No necesita sustituto de la leche | <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa |
| <input type="checkbox"/> Leche de soja | <input type="checkbox"/> Otro leche: _____
(Nota: se necesita una declaración médica para cualquier otro sustituto de la leche) |

Motivo del sustituto de la leche (marque uno): Alergia Intolerancia Otro: _____

IV. Seleccione los alimentos que NO se le deben servir a su hijo:

- | | | | | |
|---|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carne de res* | <input type="checkbox"/> Pollo | <input type="checkbox"/> Cerdo* | <input type="checkbox"/> Mariscos/
Pescado* | <input type="checkbox"/> Pavo |
| <input type="checkbox"/> Lácteos
(por ejemplo,
queso) | <input type="checkbox"/> Lácteos en
productos
horneados (por
ejemplo, gofres) | <input type="checkbox"/> Huevo entero
(por ejemplo,
huevos revueltos) | <input type="checkbox"/> Huevo en
productos
horneados (por
ejemplo, gofres) | <input type="checkbox"/> Gelatina* |
| <input type="checkbox"/> Frutos secos* | <input type="checkbox"/> Semillas | <input type="checkbox"/> Sésamo | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Trigo |

* En Kidango **NO** servimos carne de res, cerdo, gelatina, pescado/mariscos ni frutos secos

Si no aparece en la lista anterior, especifique los alimentos que deben omitirse:

V. Reconocimiento de los padres/tutores

Certifico que la información proporcionada en este formulario de ingesta alimentaria es correcta y que informaré al centro si cambian las necesidades alimentarias de mi hijo.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

¿Alguna pregunta?

Póngase en contacto con:

Elidia Mendoza

510.745.4723

emendoza@kidango.org