



Prescripción Dietética para las Comidas Escolares

Nombre del Estudiante : _____ Escuela: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del padre/tutor : _____

Número de Teléfono del Padre/ Tutor : _____ Correo electrónico : _____

Debe ser completado por la Autoridad Médica (Médico (M.D.), Asistente Médico (P.A.), Médico Osteópata (D.O.), Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (A.P.R.N.), Médico Naturópata (N.D.)

Estado Condición médica o discapacidad que requiere una comida especial, adaptación, o sustituto:

De acuerdo con la Ley de Enmiendas a la ADA de 2008, el término "discapacidad" significa, con respecto a un individuo, "un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida de dicho individuo; un registro de dicho impedimento; o que se considere que tiene tal impedimento".

Lácteos: <input type="checkbox"/> Alergia a la leche <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Leche fluida <input type="checkbox"/> Todos los ingredientes que contengan leche <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogur <input type="checkbox"/> Mantequilla <input type="checkbox"/> Productos horneados hechos con leche <input type="checkbox"/> otro, especifique:	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Jugo <input type="checkbox"/> Alternativas a la leche de origen vegetal (Se proporcionará un sustituto de la leche de proteína de guisante no lácteo a base de plantas, a menos que se especifique lo contrario) <input type="checkbox"/> otro, especifique:
Huevos: <input type="checkbox"/> Alergia al huevo <input type="checkbox"/> otro : _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Productos horneados que contienen huevos <input type="checkbox"/> otro, especifique:	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> Opciones de proteínas sin huevo <input type="checkbox"/> Productos horneados sin huevo <input type="checkbox"/> otro, especifique:
Granos: <input type="checkbox"/> Alergia al trigo <input type="checkbox"/> enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> intolerancia al gluten <input type="checkbox"/> otro : _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Condimentos <input type="checkbox"/> Centeno <input type="checkbox"/> Avena <input type="checkbox"/> Cebada <input type="checkbox"/> otro, especifique:	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> Granos alternativos sin gluten <input type="checkbox"/> Granos alternativos sin trigo <input type="checkbox"/> Arroz <input type="checkbox"/> Producto de maíz <input type="checkbox"/> Quinoa <input type="checkbox"/> otro, especifique:
Cacahuets/Nueces de árbol: <input type="checkbox"/> Alergia al cacahuete <input type="checkbox"/> Alergia a las nueces de árbol <input type="checkbox"/> Otro:	

Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Cacahuets y mantequilla de cacahuete <input type="checkbox"/> Aceite de cacahuete <input type="checkbox"/> Todas las nueces de árbol y mantequillas de nueces de árbol <input type="checkbox"/> otro, especifique:	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> Manteca de soja <input type="checkbox"/> Mantequilla de semillas de girasol <input type="checkbox"/> Mantequilla de almendras <input type="checkbox"/> Opciones de proteínas sin nueces de árbol <input type="checkbox"/> otro, especifique:
Mariscos: <input type="checkbox"/> Alergia al pescado <input type="checkbox"/> Alergia a los mariscos <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Crustáceos (cangrejo, camarones, langosta) <input type="checkbox"/> Moluscos (almeja, mejillón, ostra, vieira) <input type="checkbox"/> Pez con aletas <input type="checkbox"/> Aderezo César <input type="checkbox"/> Imitación de pescado/cangrejo <input type="checkbox"/> otro, especifique:	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> Opciones de proteínas que no son de pescado <input type="checkbox"/> otro, especifique:
Soja: <input type="checkbox"/> Alergia a la soja <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Proteína de soja <input type="checkbox"/> Lecitina de soja <input type="checkbox"/> otro, especifique:	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> Opciones sin soja <input type="checkbox"/> otro, especifique:
Otra condición: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sustituto permitido: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Textura alterada <input type="checkbox"/> regulares <input type="checkbox"/> picados <input type="checkbox"/> molidos <input type="checkbox"/> en puré Equipos de adaptación:	

Firma de Autoridad Médica y Credenciales: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del consultorio médico: _____

Padre/Tutor: _____ Date: _____

Solo para uso en oficina:

Aprobación del Gerente de Nutrición Infantil: _____ Fecha: _____

Esta información puede ser compartida con la enfermera de la escuela u otro personal administrativo para acomodar al estudiante en todas las actividades escolares.

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.