

<inserte el nombre del distrito>

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMIDA MODIFICADA POR LA AUTORIDAD MÉDICA

Por favor, regrese el formulario completado y firmado a <INSERTAR NOMBRE DEL PERSONAL, EMAIL, LUGAR DE ENTREGA>

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES

Nombre del Alumno (Apellido, Nombre): _____ Grado: _____

Escuela: _____

Correo Electrónico de los Padres/Tutores: _____ Número de Teléfono de Día: _____

Según la información indicada a continuación, mi hijo requerirá una modificación del menú en lo siguiente:

Desayuno Almuerzo La Merienda Después de la Escuela Cena Otro _____

Entiendo que es mi responsabilidad renovar este formulario cada año escolar y/o cada vez que las necesidades médicas o de salud de mi hijo/a cambien.

IMPRESO Nombre de los Padres/Tutores _____

FIRMA de los Padres/Tutores _____

Fecha _____

DEBE SER COMPLETADO POR LA AUTORIDAD MÉDICA (Con licencia del Estado de Illinois para recetar medicamentos)

Las Necesidades Dietéticas a continuación están relacionadas con (por ejemplo: Enfermedad Celíaca, Intolerancia a la Lactosa, Diabetes, Alergia Alimentaria Anafiláctica)

Alimentos que DEBEN OMITIRSE de la dieta* (marque las casillas correspondientes)

- Lácteos** - Leche líquida, queso, yogur y otros ingredientes lácteos como la caseína y el suero.
- Leche líquida** - Leche para beber
- Cacahuetes** - Cacahuetes, Mantequilla de Cacahuete, Aceite de Cacahuete.
- Frutos secos** - Almendras, avellanas y anacardos.
- Trigo** - Granos a base de trigo como bollos, galletas, pasta y trigo como ingrediente.
- Gluten** - Trigo, centeno, cebada y avena no certificada.
- Pescado** - Pescado de aleta como el bacalao y la tilapia
- Mariscos** - Camarones y cangrejos
- Huevo** - Huevo visible en un plato como una tortilla
- Ingredientes del huevo** - Clara de huevo, yema de huevo o huevo entero como ingrediente
- Soja** - Proteína de soja texturizada, proteína vegetal texturizada, tofu y soja entera (edamame).
- Ingredientes de la soja** - Concentrado de proteína de soja, aislado de proteína de soja, salsa de soja, harina de soja y aceite de soja sin refinar
- Otro** - _____

*Los ejemplos de alérgenos alimentarios individuales proporcionados no son inclusivos, pueden aplicarse otros alimentos.

Ajuste de la preparación de la comida (por ejemplo, puré de alimentos) y/o tiempo de servicio: time(s): _____

Plan de gestión alimentaria

¿Cuáles son las posibles reacciones/síntomas del alumno al alérgeno(s) o condiciones indicadas?

REQUERIDO Enumerar todos los sustitutos de alimentos o bebidas aceptables y seguros:

Comentarios:

Nombre del Médico Prescriptor/Autoridad Médica Impreso Fecha Firma del Médico Prescriptor/Autoridad Médica

PARA LAS NOTAS DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN (Otras informaciones, por favor, consulte en la parte atrás)

Fecha Recibida: Por: (firma del empleado)

Fecha Implementada: Por: (firma del empleado)

Otra Información: