



FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMIDA MODIFICADA POR LA AUTORIDAD MÉDICA

Por favor, regrese el formulario completado y firmado a Sarah Coleman, coleman@ccsd15.net

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

| | | |
|---|--|-------------|
| 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: | <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> La Merienda Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 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): | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lácteos | Leche líquida, queso, yogur y otros ingredientes lácteos como la caseína y el suero |
| <input type="checkbox"/> Leche líquida | Leche para beber |
| <input type="checkbox"/> Cacahuetes | Cacahuetes, Mantequilla de Cacahuete, Aceite de Cacahuete |
| <input type="checkbox"/> Frutos secos | Almendras, avellanas y anacardos |
| <input type="checkbox"/> Trigo | Granos a base de trigo como bollos, galletas, pasta y trigo como ingrediente |
| <input type="checkbox"/> Gluten | Trigo, centeno, cebada y avena no certificada |
| <input type="checkbox"/> Pescado | Pescado de aleta como el bacalao y la tilapia |
| <input type="checkbox"/> Mariscos | Camarones y cangrejos |
| <input type="checkbox"/> Huevo | Huevo visible en un plato como una tortilla |
| <input type="checkbox"/> Ingredientes del huevo | Clara de huevo, yema de huevo o huevo entero como ingrediente |
| <input type="checkbox"/> Soja | Proteína de soja texturizada, proteína vegetal texturizada, tofu y soja entera (edamame) |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 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 <u>sustitutos de alimentos o bebidas</u> 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

| |
|---|
| Fecha Recibida: _____ Por: (firma del empleado) _____ |
| Fecha Implementada: _____ Por: (firma del empleado) _____ |
| Otra Información: _____ |