



INTERNATIONAL LEADERSHIP OF TEXAS

Formulario de modificación de la dieta del médico
(para ser devuelto a la enfermera de la escuela y enviado al cajero de Nutrición)

Nombre del estudiante: _____ ID# del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Como padre/tutor, doy permiso a International Leadership of Texas para comunicarse con el consultorio del médico que se indica a continuación con respecto a las necesidades dietéticas de mi hijo:

(Firma del Padre)

El Programa de Comidas Escolares del Departamento de Agricultura de EE. UU. requiere que se respondan todas las preguntas para poder realizar cualquier modificación o sustitución dietética en las comidas escolares. Este formulario debe estar firmado por un médico autorizado.

Declaración del médico

Yo, _____, (Médico) declaro que el niño mencionado anteriormente posee una ALERGI A ALIMENTARIA PELIGROSA LA VIDA o una DISCAPACIDAD:

ALERGI A ALIMENTARIA PELIGROSA PARA LA VIDA – OMIT A ESTOS ALIMENTOS (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

Lecha cacahuetes Nueces de árbol Huevos Mariscos Trigo Soja Otro: _____

OR

DIAGNÓSTICO INHABILITANTE QUE REQUIERE MODIFICACIÓN DIETÉTICA:

1. ¿Puede el estudiante consumir alimentos donde el alérgeno sea un ingrediente del producto alimenticio? __ Sí
__ No

Explique (Ejemplo: cualquier alimento que contenga huevos o leche es inaceptable.):

1. Explicación de por qué esta discapacidad restringe la dieta:

2. Actividades principales de la vida afectadas por la alergia alimentaria o discapacidad que pone en peligro la vida (marque todas las que correspondan):

_____ comer _____ cuidar de uno mismo _____ realizar tareas manuales _____ caminar ___ ver
_____ escuchar ___ respirar _____ aprender

3. ¿Alimentos a sustituir (las sustituciones deben indicarse a continuación)?

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Nombre de la clínica/instalación: _____ Número de Teléfono: _____

