



Receta Dietética para las Comidas Escolares

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

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

Teléfono del Padre/Tutor: _____ Correo Elec.: _____

Para 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 Naturopático (N.D.))

Enfermedad o discapacidad que requiera una comida especial, adaptaciones o un sustituto:

Según la Ley de Enmiendas a la La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008, el término "discapacidad" significa, con respecto a un individuo, "una impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más Actividades Principales Vitales de dicho individuo; un historial de dicho impedimento; o ser considerado como si tuviera dicho impedimento".

Describa las Actividades Principales Vitales o funciones corporales afectadas por la condición:

- Náuseas Vómitos Diarrea Picazón Hinchazón Sarpullido
 Sibilancias/Tos Otro:

Lácteos: <input type="checkbox"/> Alergia a la Leche <input type="checkbox"/> Intolerancia a la Lactosa <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Leche Líquida <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 de panadería elaborados con leche <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:	Sustituto Permitido: <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Jugo <input type="checkbox"/> Alternativas a la leche de origen vegetal <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:
Huevos: <input type="checkbox"/> Alergia al Huevo <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Alimentos a Omitir: <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Productos de panadería que contengan huevo <input type="checkbox"/> Otros, especifique:	Sustituto Permitido: <input type="checkbox"/> Opciones de proteínas sin huevo <input type="checkbox"/> Productos de panadería sin huevo <input type="checkbox"/> Otros, especifique:
Granos: <input type="checkbox"/> Alergia al Trigo: <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca <input type="checkbox"/> Intolerancia al Gluten <input type="checkbox"/> Otros: _____	

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"/> Otros, Especifique:	Sustituto Permitido: <input type="checkbox"/> Granos alternativos sin gluten <input type="checkbox"/> Cereales alternativos sin trigo <input type="checkbox"/> Arroz <input type="checkbox"/> Productos de Maíz <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:
Cacahuets/Nueces de Árbol: <input type="checkbox"/> Alergia a los Cacahuets <input type="checkbox"/> Alergia a las Nueces de Árbol <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Cacahuets y Mantequilla de maní <input type="checkbox"/> Aceite de maní <input type="checkbox"/> Todas las Nueces y Mantequillas de Nueces <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:	Sustituto Permitido: <input type="checkbox"/> Mantequilla de Soya <input type="checkbox"/> Mantequilla de semillas de girasol <input type="checkbox"/> Opciones de proteínas sin nueces <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:
Mariscos: <input type="checkbox"/> Alergia al Pescado <input type="checkbox"/> Alergia al Marisco <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Crustáceos (cangrejo, camarón, langosta) <input type="checkbox"/> Moluscos (almeja, mejillón, ostra, ostión) <input type="checkbox"/> Peces con Aletas <input type="checkbox"/> La anchoa como ingrediente <input type="checkbox"/> Imitación de pescado/cangrejo <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:	Sustituto Permitido: <input type="checkbox"/> Opciones de proteínas distintas del pescado <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:
Soya: <input type="checkbox"/> Alergia a la soya <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Alimentos a omitir: <input type="checkbox"/> Proteína de Soya <input type="checkbox"/> Lecitina de Soya <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:	Sustituto Permitido: <input type="checkbox"/> Opciones sin soya <input type="checkbox"/> Otros, Especifique:
Otras condiciones: _____	
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"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré	
Equipo de Adaptación:	

Firma de la Autoridad Médica y Credenciales _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

Teléfono del Consultorio Médico: _____

Administrador del CNP: _____ Fecha: _____

Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____

Padres/Tutores: _____ Fecha: _____

Esta información puede compartirse con el personal administrativo y de cocina para adaptar al estudiante a todas las actividades escolares.

Esta institución es un Proveedor de Igualdad de Oportunidades.