



Coordinated School Health

Formulario de Dieta Especial

El nombre del estudiante	Fecha de nacimiento:
---------------------------------	----------------------

Escuela: _____ Año escolar: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Complete el formulario y obtenga la firma de un médico licenciado. Por favor devuelva el formulario a la enfermera de la escuela.

La ley federal y la regulación del USDA requieren adaptaciones nutricionales para un impedimento que limite sustancialmente una actividad o función importante de la vida, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias dietéticas personales.

Enumere cualquier restricción dietética o dieta especial:	
Enumere los alimentos a evitar:	Enumere los alimentos a sustituir:
Enumere los alimentos que necesitan el siguiente cambio de textura ordenado por el médico. Si todos los alimentos deben prepararse de esta manera, indique "TODOS". Los padres proporcionarán la dieta en la textura ordenada por el médico. Cortar o picar en trozos pequeños: Finamente molido: Puré:	
Otra información dietética o instrucciones:	
Firma de los padres:	Fecha: Teléfono:
Firma del médico:	Fecha: Teléfono: