

C6: Solicitud de adaptaciones dietéticas que no pongan en peligro la vida

(G3: También se requiere que el padre/tutor presente el formulario de evaluación de alergias alimentarias del estudiante).

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Guardian: _____ Teléfono: _____ Escuela: _____

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____

Autoridad médica reconocida por el estado para completar la siguiente sección

Orden de dieta

La ley federal y la reglamentación del USDA exigen que los programas de nutrición realicen modificaciones razonables para adaptarse a los niños con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad importante de la vida o una función corporal, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias dietéticas personales.

1. Describa cómo la discapacidad afecta al niño (es decir, cómo la ingestión/el contacto con los alimentos afecta al niño):

2. Explicar lo que se debe hacer para adaptar la dieta del niño (es decir, alimentos específicos que se deben omitir/evitar):

3. Enumere los alimentos y/o bebidas que se sustituirán, proporcionarán o modificarán:

*Firma de la autoridad médica reconocida por el estado: _____ Fecha: _____

Nombre de la autoridad médica reconocida por el estado (en letra de imprenta): _____

Nombre de la clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

* La Autoridad Médica Reconocida por el Estado es un profesional de la salud con licencia y autorizado para emitir recetas médicas en Washington; Médico (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente médico (PA), con autoridad prescriptiva, Médico Naturópata o Enfermero practicante registrado avanzado (ARNP).

School Nurse Instruction

This form is required for any student requesting NON Life-Threatening special dietary accommodations. This form is not required if the student has a completed Severe Allergy Medication Form (G1) for a LIFE-THREATENING allergy.

***** A copy of this completed form must be sent to Food and Nutrition Services, Attn: Heidi Stringer. *****

Sent By: _____ Date Sent: _____