

Dieta especial



☐ Nuevo ☐ Cambiar/Modificar ☐ temporal (Fecha de finalización: _____)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellido: _____ La fecha de hoy: _____ Número de identificación del estudiante: _____
Edad: _____ Masculino / Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/_____
Escuela: _____ Grado: _____ Profesor: _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono/Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Según el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, una persona con discapacidad es cualquier persona que tenga un impedimento que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida. Por definición, esto incluye, entre otros, diabetes, PKU, enfermedad celíaca, anafilaxia alimentaria, discapacidades de aprendizaje, etc.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO CON LICENCIA.

Restricción(es) de la dieta del estudiante: _____

Describe las principales actividades de la vida afectadas en relación con la modificación de la dieta: _____

Modificación de textura: Molido Picado Puré Otros (por favor, sea específico): _____ Alimentación por sonda: _____

Nombre de la fórmula: _____ Instrucciones: _____ ¿Oral? _____ Sí _____ SIN modificación de nutrientes:

aumente las calorías _____ Disminuir las calorías _____ Restricción de _____ nutrientes Omitir alimentos: _____

Sustitúyase por: _____ ¿El paciente tiene una alergia alimentaria potencialmente mortal? _____ Sí _____ NO

Alergias alimentarias (marque con un círculo todo lo que corresponda):

☐ Leche fluida ☐ Todos los productos ☐ lácteos Huevos de ☐ soja ☐ Todos los productos con huevos

☐ Trigo ☐ Gluten ☐ Maíz ☐ Todos los aditivos ☐ de maíz Mariscos Semillas ☐ de sésamo

☐ Cacahuets ☐ Todos los frutos secos ☐ Todos los alimentos producidos en

instalaciones con productos de frutos secos ¿Puede el paciente consumir alérgenos

como ingrediente en un producto alimenticio? Sí _____ NO _____

Profesional médico con licencia: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Firma del Profesional Médico Licenciado: _____

Fecha: _____

Cualquier cambio de tratamiento debe ser solicitado por escrito en este formulario. Una vez enviado el formulario, espere hasta cinco días para su procesamiento. Al firmar a continuación, entiendo que es mi responsabilidad renovar este formulario cada vez que cambien las necesidades médicas o de salud de mi hijo.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____