

**CERTIFICADO MÉDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES**

☐ **Nueva** solicitud ☐ **Cambiar/** Modificar solicitud existente ☐ **Discontinuar** solicitud

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL - EL PADRE/TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Entiendo como padre, que es mi deber actualizar este formulario **cada vez que haya un cambio o interrupción de las necesidades dietéticas** y entregarlo a la enfermera de la escuela. Doy permiso a la FNS de las Escuelas Públicas del Condado de Broward para hablar con el profesional de la salud con licencia estatal para discutir las necesidades dietéticas según lo indicado.

X			
FIRMA DEL PADRE/TUTOR		FECHA	NÚMERO DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR
Nombre y apellido del estudiante		Un profesional de salud con licencia estatal puede ayudar a los padres/tutores a completar esta sección. Intolerancia a la lactosa ☐ No yogur debido a la intolerancia a la lactosa ☐ No queso debido a la intolerancia a la lactosa ☐ No producto lácteo líquido debido a la intolerancia a la lactosa Ofrecer en su lugar: ☐ Leche de vaca sin lactosa ☐ Agua ☐ Leche de soya	
Fecha de nacimiento del estudiante			
Nombre de la escuela/centro			
Nombre del padre/tutor			

PART 2: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL (PARA PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL)

Section A: Student with Medical Disability/Life-Threatening	Section A: Student with <u>NO</u> Medical Disability/Non-Life-Threatening
Does the student have a disability which restricts the student's diet? ☐ Yes* ☐ No *If Yes , describe or state the student's disability or diagnosis . Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability: _____ _____ _____	Student has allergies/intolerances that are <u>NOT</u> life-threatening/anaphylactic: Milk/Dairy Allergy: Check ALL that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk ☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water Egg Allergy: Check ALL that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient ☐ Soy Allergy (soy oil is allowed) Additional Food Allergies: (Please print) _____ _____
Food Allergy: Student has food allergies that ARE life threatening/anaphylactic: ☐ Yes, continue with this section. ☐ No, refer to section B.	
Milk/Dairy Allergy: Check ALL that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk ☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water	
Egg Allergy: Check ALL that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient	
☐ Soy Allergy (soy oil is allowed)	
Additional Food Allergies: (Please print) _____	

Indicate Food Texture for Above Student: ☐ Regular ☐ Pureed

PART 3: SIGNATURE – COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL (PARA PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL)

Printed Name of State Licensed Medical Professional	Title: ☐ Physician	☐ Physician Assistant	☐ Nurse Practitioner (ARNP)	☐ Registered Dietitian/ Nutritionist
Signature of State Licensed Medical Professional	Date Signed			
	VALID FOR ONE YEAR FROM THIS DATE			
Medical Office Address	Medical Office Phone Number			



CERTIFICADO MÉDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y / O ADAPTACIONES

INSTRUCCIONES

El padre o tutor debe completar la Parte 1. **Un profesional de la salud con licencia estatal** autorizado a prescribir recetas según la ley del estado debe completar **las Partes 2 y 3**. En Florida, esto incluye un(a) médico(a), asistente médico o enfermero(a) especializado(a) (ARNP).

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL - EL PADRE / TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

1. **Firma del padre/tutor:** Leer la declaración de responsabilidad. Luego, firmar, fechar y escribir el número de teléfono del padre/tutor que solicita la comida especial y/o adaptaciones del estudiante/participante.
2. **Nombre y apellido del estudiante:** Escribir el nombre del estudiante que está solicitando una comida especial y / o adaptaciones.
3. **Fecha de nacimiento:** Escribir la fecha en que el/la estudiante nació.
4. **Nombre de la escuela/centro:** Escribir el nombre del lugar donde el/la estudiante va a comer.
5. **Nombre del padre o tutor:** Escribir el nombre de la persona que firmó la declaración de responsabilidad.
6. **Intolerancia a la lactosa:** Revisar todos los alimentos que contengan lactosa que el estudiante no debe comer. También, asegurarse de las bebidas que el/la estudiante *puede* tomar.

PARTE 2: ALERGIAS - UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Sección A: Completar esta sección si el/la estudiante tiene una discapacidad física que PONE en peligro su vida

7. **¿Tiene el/la estudiante una discapacidad?:** Marcar Sí o No
 - a. **"Estudiante con una discapacidad"** se define como todo estudiante que tiene un **impedimento físico o mental** que limita sustancialmente una o más **actividades importantes de la vida**, tiene constancia de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.
 - b. **"Un impedimento físico o mental"** significa (a) cualquier trastorno o padecimiento fisiológico, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: Neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hematopoyético y linfático; dermatológico; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.
 - c. Las **"actividades principales de la vida"** incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar peso, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.
 - d. **"Tiene constancia de tal impedimento"** se define como tener un historial o haber sido clasificado (o clasificado erróneamente) por tener un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida.
8. **Discapacidad/Diagnóstico:** Describir o indicar la discapacidad o el diagnóstico de el/la estudiante y explicar por qué su dieta es limitada y enumerar las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad.
9. **Alergia alimentaria:** Marcar Sí o No para indicar si el/la estudiante padece una alergia alimentaria que pone en peligro su vida. Si es así, continuar en la Sección A. Si no, dirigirse a la Sección B.
10. **Alergia a la leche/productos lácteos:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer. Revisar las bebidas que el/la estudiante puede tomar.
11. **Alergia al huevo:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer.
12. **Alergia a la soya:** Marcar si corresponde.
13. **Otras alergias alimentarias:** Escribir otros alérgenos **alimentarios** que ponen en peligro la vida de el/la estudiante por causarle alergia (como, el maní, la nuez de árbol, el trigo, el pescado, los mariscos, la semilla de sésamo, etc.).
14. **Indique la textura:** Si el/la estudiante o participante no necesita ninguna adaptación, marcar "Regular"

Sección B: Completar esta sección si el estudiante NO tiene una discapacidad médica/alergia/ o intolerancia alimentaria que ponga su vida en peligro.

15. **Alergia a la leche/productos lácteos:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer. Revisar las bebidas que el/la estudiante puede tomar.
16. **Alergia al huevo:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer.
17. **Alergia a la soya:** Marcar si corresponde.
18. **Otras alergias alimentarias:** Escribir otros alérgenos **alimentarios** que ponen en peligro la vida debido a reacción alérgica (como, el maní, la nuez de árbol, el trigo, el pescado, los mariscos, la semilla de sésamo, etc.).

PARTE 3:

19. **Escribir el nombre del profesional médico con licencia estatal:** Escribir el nombre del profesional médico con licencia estatal que supervisa el cuidado del estudiante.
20. **Título:** Marcar el casillero que describe las credenciales del profesional médico con licencia.
21. **Firma del profesional de salud con licencia estatal:** Firmar la solicitud de la comida especial o adaptaciones.
22. **Fecha de firma:** Cuando el profesional de la salud con licencia estatal firma el formulario.
23. **Nombre del consultorio médico:** Escribir el nombre del consultorio donde el estudiante recibe atención del profesional médico con licencia estatal.
24. **Dirección del consultorio médico:** Dirección de la oficina del profesional médico con licencia estatal / lugar de trabajo.
25. **Número de teléfono del consultorio médico:** El número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal.