

Declaración médica para estudiantes que requieren adaptaciones alimentarias especiales.

Para que este formulario sea aceptado, deben llenarse por completo todas las secciones del mismo.
Podría tomar hasta 15 días para que estas adaptaciones alimentarias entren en vigor.

Parte A: esta sección debe ser llenada por el padre, la madre o el tutor

Nombre del estudiante (Apellido): _____ (Nombre): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Escuela: _____ Grado: _____ ID estudiantil: _____

¿Qué comidas consumirá el estudiante en la escuela? (encierre todas las que correspondan): Desayuno Almuerzo Cena

Nombre del padre/de la madre/del tutor (en letra de molde): _____ Tel.: _____

Autorizo al Departamento de Nutrición Infantil y al personal de enfermería escolar a comunicarse con el profesional médico indicado a continuación para hablar sobre las necesidades alimentarias descritas en este formulario.

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha: _____

Parte B: esta sección debe ser llenada por un proveedor de atención médica autorizado: RDN, DDS/DMD, ND, NP, DO, PA o MD

Diagnóstico o padecimiento médico: _____

¿Tiene el estudiante la capacidad de manejar su padecimiento por sí mismo? (encierre una opción)

Requiere supervisión cercana

Lo maneja con supervisión moderada

Lo maneja de manera independiente

Proporcione una descripción o explicación de cómo la exposición al alimento afecta al estudiante.

Esta parte es obligatoria.

Alimentos que deben evitarse: (marque todos los que correspondan)

La firma de un proveedor de atención médica autorizado no es necesaria para sustitutos de leche líquida.*Lácteos**

- ☐ *Solo leche líquida (sí se permite la leche sin lactosa)
- ☐ Todos los productos lácteos (yogur, queso, mantequilla)
- ☐ Todas las proteínas de la leche (caseína, suero de leche o cualquier receta que contenga leche como ingrediente)

Huevos

- ☐ Huevo entero (revueltos o cocidos)
- ☐ Todas las proteínas del huevo (albúmina o cualquier receta que contenga huevo como ingrediente)

Pescados o mariscos

- ☐ Especifique: _____

Trigo

- ☐ Recetas que contengan cualquier tipo de trigo como ingrediente

Frutos secos/Soya

- ☐ Cacahuates
- ☐ Frutos secos de árbol (anacardos, nueces, almendras, etc.)
- ☐ Proteína de soya (cualquier receta que contenga proteína de soya como ingrediente)

Otro (especifique - alimento completo; como ingrediente; o ambos): _____

Modificación de textura: Suave y en trozos pequeños - Picado y húmedo - En puré - Otro (especifique)

Esta orden de dieta es:

- ☐ **Permanente** (estará vigente durante el tiempo que el estudiante asista a Phoenix Elementary School District. Se requerirá una nueva orden de dieta para modificar cualquier información proporcionada en esta orden).
- ☐ **Temporal** (vigente únicamente durante el año escolar actual. Se requerirá un nuevo formulario cada año).

Nombre del proveedor médico (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del proveedor médico: _____

Envíe los formularios completos a la oficina de enfermería de la escuela. Si tiene preguntas o inquietudes, envíe un correo electrónico a child.nutrition@phxschools.org