



DECLARACIÓN MÉDICA: Solicitud de comidas especiales y sustitutos de la leche

Envíe los formularios por correo electrónico a nutrition@maschiofood.com o por fax al (908) 888 2335

Debe ser completado por el padre/madre/tutor. Escriba con claridad en letra de imprenta. Obligatorio

Form with fields: Nombre del Distrito Escolar o de la Escuela, Sede de la Escuela, Grado, Docente, Nombre del Estudiante, Nombre Preferido, Sexo (Masculino/Otro), Femenino/Prefiero no contestar, Nombre del Padre/Madre/Tutor, Número de Teléfono, Correo Electrónico.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Las secciones siguientes deben ser completadas por un profesional médico acreditado. Escriba en letra de imprenta O BIEN Si la documentación médica actualizada anualmente ya está archivada, marque aquí adjunte la documentación. (No es necesario completar la información que sigue en las páginas 1 y 2 si la documentación está archivada.)

Se Solicita Adaptación Para:

- Alergia alimentaria con riesgo para la vida (anafiláctica)
Alergia alimentaria sin riesgo para la vida
Enfermedad Celíaca o Intolerancia al Gluten
Intolerancia a la Lactosa y se solicita un sustituto de la leche (no por alergia a la leche)
Opción de: Leche de Soja Lactaid

*Nota: De acuerdo con las directrices del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), no podemos sustituir agua por leche

- Trastorno al masticar/tragar y solicita modificación de textura
De líquidos espesados: Opción de Miel Néctar Otro:
El estudiante tiene diabetes y tiene indicación dietaria para las porciones de carbohidratos
Desayuno (gramos) Almuerzo (gramos) Refrigerio (gramos)
(Adjunte una copia de la indicación dietaria)

El estudiante tiene una necesidad dietaria especial que no se enumera en la lista anterior (explique a continuación)

Indique la discapacidad o la afección médica que exige una comida o una adaptación especial o bien la sustitución de la leche líquida (p. ej. alergia alimentaria al maní con riesgo para la vida):

Proporcione una descripción de las principales actividades de la vida afectadas:

Indicación de dieta o adaptación: (Describa en detalle para la puesta en práctica adecuada. Adjunte otra hoja si es necesario:



La sección siguiente debe ser completada por un **profesional médico acreditado**.
Escriba en

Alimentos que se deben omitir:	Alimentos que se deben sustituir:

Modificación de Textura
Para recibir la modificación de textura, se debe adjuntar una indicación de dieta firmada.

Refrigerios a la carta y pizza de tiendas externas: **Recomendamos que los estudiantes con alergias alimentarias con riesgo para la vida eviten comprar refrigerios o pizza de establecimientos externos ya que esos elementos tienen mayor probabilidad de entrar en contacto con alérgenos durante la fabricación o elaboración.*

Permitimos que nuestro hijo/a compre o reciba pizza de establecimientos externos en la cafetería
 Permitimos que nuestro hijo/a compre cualquier refrigerio que se venda en la cafetería
 Permitimos que nuestro hijo/a compre o reciba **TANTO** refrigerios como pizza de establecimientos externos que se vendan en la cafetería
 NO permitimos que nuestro hijo/a compre o reciba ningún refrigerio que se venda en la cafetería
 Permitimos que nuestro hijo/a compre los siguientes refrigerios que se vendan en la cafeteria:
(Enumere a continuación)

Firma y Credenciales del Profesional Médico Acreditado (Obligatorio)	Nombre en Letra de Imprenta:
Número de Teléfono:	Fecha:
Firma del Padre/Madre/Tutor (Obligatorio)	Nombre en Letra de Imprenta:
Número de Teléfono:	Fecha:

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Tiene prohibido discriminar con base en raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.