

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA de ALIMENTOS ESCOLARES

NOMBRE del ESTUDIANTE que solicita la alimentos especiales: _____

Discapacidad o enfermedad que requiere una dieta especial para el estudiante. Incluya una descripción breve de la actividad diaria que afecta al estudiante debido a su discapacidad.

Prescripción Dietética – **indique todas las opciones**

DIABÉTICO INCREMENTO CALÓRICO REDUCCIÓN CALÓRICA MODIFICACIÓN de TEXTURA

OTRO – (Describe): _____

Alimentos a Omitir y Sustituir (Favor de indicar los grupos a omitir. Escriba alimentos específicos a omitir y sugiera sustituciones.)

Leche y Productos Lácteos Carne y Alternativas Pan y Cereales Frutas y Verduras

Notas: _____

Modificación de Texturas Requeridas (si son aplicables):

Picado Molido Puré Otro

Notas: _____

Otra información con respecto a la dieta o alimentos escolares:

(Favor de proveer información adicional. Use el reverso de la página o adjunte otra si es necesario)

¿Es el estudiante intolerante a la lactosa? Sí No

¿Puede tolerar el estudiante productos lácteos que no sea leche? Sí No

De ser así, ¿que alimentos? _____

¿Padece de alergia el estudiante? – **Indique todas las opciones**

Maní Nueces Trigo Soya Pescado

Mariscos Productos lácteos Huevos Otro

Favor de indicar otras alergias a alimentos: _____

¿Representa un riesgo a la vida ésta alergia? (Ejemplo: ¿requiere un epi-pen?) Sí No.

¿Requiere que se le prepare una charola aparte cuando hay alimentos a los que sea alérgico? Sí No.

Describe la reacción que presenta el estudiante al estar expuesto a algo que sea alérgico: _____

Certifico que el estudiante previamente mencionado necesita alimentos escolares preparados especialmente como se indica previamente debido a la discapacidad o enfermedad crónica del estudiante.

Firma del Médico/ Autoridad Médica

Teléfono de la Oficina

Fecha