

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS 2024-2025

1. Escuela/Nombre de la Agencia	2. Nombre del lugar, si es diferente de #1	3. Número de Teléfono del Lugar			
4. Nombre del Participante		5. Fecha de Nacimiento			
6. Nombre del Padre or Guardian		7. Número de Teléfono			
8. Descripción de la Discapacidad Física, Mental o Deterioro del Participante (si corresponde):					
9. Explicación de las Adaptaciones Especiales de Dieta o Comida (Por favor describa en detalle para garantizar una implementación adecuada – use páginas adicionales si es necesario):					
<p>10. Alimentos a Omitir y Sustituciones: <i>(por favor indique los alimentos específicos que se omitirán y la sustitución requerida; adjunte una hoja con información adicional según sea necesario)</i></p> <p><i>*Sustitutos de la leche ofrecidos en el programa = Lactaid o leche de soja. Otros tipos de leche más allá de estos dos requerirán una nota del medico.</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A. Alimentos A Omitir</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>B. Alimentos A Ser Sustituídos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> </table>				<p>A. Alimentos A Omitir</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. Alimentos A Ser Sustituídos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A. Alimentos A Omitir</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. Alimentos A Ser Sustituídos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>13. Indicar Textura:</p> <p> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cortada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré </p>					
14. Equipo Adaptativo:					
15. Firma del Padre /Guardian*	16. Nombre Impreso	17. Número de Teléfono	18. Fecha		
19. Firma de la Autoridad Médica *	20. Nombre Impeso	21. Número de Teléfono	22. Fecha		

*** Se requiere la firma del médico para los participantes con una discapacidad. Para los participantes sin discapacidad, un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera practicante deben firmar el formulario.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y / o nutricionales actuales del participante.