



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

Envíe los formularios por correo electrónico a [nutrition@maschiofood.com](mailto: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**

Nombre del Distrito Escolar o de la Escuela:	Sede de la Escuela: Grado: Docente:
Nombre del Estudiante: Nombre Preferido (si corresponde):	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 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)**

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

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.