

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):	☐ 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 cafetería:
(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. Maschio's Food Services respeta su privacidad. La información de salud divulgada en este documento solo se compartirá con personas que apoyan los esfuerzos para brindar adaptaciones alimentarias seguras.