

**Solicitud para Realizar Modificaciones a la Alimentación y Nutrición
Para Nutrición Especial y Necesidades Médicas**

INTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD: PARTE A: Esta sección deben llenarla los padres del estudiante con intolerancia a la lactosa, por pererencias Religiosas o alimentarias. **PARTE B:** El Médico debe llenar esta sección; si solicita una modificación dietética especial debido a alergias alimentarias o una afección médica.

PARTE A – Padre/Representante: Responda del 1 - 7 **Ciclo Escolar:**

1. Nombre de la Escuela	2. Número de teléfono de la Escuela
3. Nombre del Estudiante	4. Fecha de Nacimiento del Estudiante
5. Nombre del Padre/Representante y dirección del correo electrónico	6. Número de Teléfono

7. Solicitud del Padre Intolerancia a la Lactosa - Marque si el estudiante puede comer Queso Yogur
 Preferencia Relgiosa/Personal - Lista de alimentos que se deben evitar _____
 Afección médica/Alergia (**MEDICO DEBE LLENAR LA PARTE B**)

Comidas que come en la Escuela: Desayuno Almuerzo Bocadillos Ninguna

Firma del Padre/Representante: X **Fecha:** _____
 (Doy autorización para el intercambio de infomación entre el médico y la escuela; marque si **no** da su autorización)

PART B- DEBE SER LLENADO POR EL MEDICO SI SOLICITAN MODIFICACIONES EN LA DIETA (8 - 10)

8. Special Diet Request due to Food Allergies Medical Condition (please specify) _____

9. Please check all the foods that need to be **ELIMINATED** from child's diet during the school day:

<p>DAIRY</p> <p><input type="checkbox"/> Fluid Milk <input type="checkbox"/> Substitute w/Soy milk <input type="checkbox"/> Cheese <input type="checkbox"/> Cheese cooked in a meal (Baked Ziti) <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Ice Cream <input type="checkbox"/> Baked Goods that contain dairy (rolls)</p> <p>EGG</p> <p><input type="checkbox"/> Whole eggs <input type="checkbox"/> Baked Goods that contain eggs</p> <p>WHEAT/ GLUTEN</p> <p><input type="checkbox"/> Recipes with any gluten containing grain</p> <p>FISH OR SHELLFISH</p> <p><input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish</p>	<p>PEANUTS OR TREE NUTS</p> <p><input type="checkbox"/> Peanuts <input type="checkbox"/> Tree Nuts</p> <p>CORN</p> <p><input type="checkbox"/> Whole corn (taco shells, tortilla chips) <input type="checkbox"/> Recipes w/corn products such as modified corn starch, corn syrup, etc.</p> <p>SOY</p> <p><input type="checkbox"/> Soy Lecithin <input type="checkbox"/> Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate) <input type="checkbox"/> Recipes w/any soy listed as ingredient</p> <p>OTHER - please specify: _____</p>
---	--

10. LICENSED PHYSICIAN'S INFORMATION

<p><u> X </u></p> <p>Medical Authority Signature</p> <hr/> <p>Medical Authority Printed Name/Date</p>	<p>Medical Office Stamp (Please include phone number)</p>
---	---