



Formulario de Modificación de Dieta

Este formulario debe ser completado y firmado por un doctor. Favor de entregar este documento a la Oficina Central en su escuela correspondiente. **Cada año escolar, se requerirá un formulario nuevo.**

Año Escolar: _____ **Escuela:** _____

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Alergias de Alimentos e Intolerancias:

Favor de indicar si la alergia significa una amenaza de vida. Al marcar cualquiera de estas opciones se le eliminará del menú y se le substituirá con otro alimento.

Amenaza de Vida?		Amenaza de Vida?	
<input type="checkbox"/> Maní	Si/No	<input type="checkbox"/> Marisco	Si/No
<input type="checkbox"/> Lácteos	Si/No	<input type="checkbox"/> Intolerancia gluten	Si/No
<input type="checkbox"/> Trigo	Si/No	<input type="checkbox"/> Intolerancia lactosa	Si/No
<input type="checkbox"/> Avena	Si/No	<input type="checkbox"/> Otro:	Si/No
<input type="checkbox"/> Soya	Si/No	<input type="checkbox"/> Otro:	Si/No
<input type="checkbox"/> Maíz	Si/No	<input type="checkbox"/> Otro:	Si/No
<input type="checkbox"/> Huevo	Si/No	<input type="checkbox"/> Otro:	Si/No
<input type="checkbox"/> Pescado _____	Si/No	<input type="checkbox"/> Otro:	Si/No

Comentarios o instrucciones especiales:

Modificación de textura de alimentos:

Favor de describir cualquier modificación prescrita. Especifique que tipos de alimentos deben ser modificados u omitidos.

Firma requerida

Nombre del Doctor y su Firma

Núm. Teléfono

Fecha