

Formulario de receta para dietas especiales

El formulario deberá ser llenado y firmado por un médico titulado para un niño con discapacidades o con necesidades médicas o alimenticias, para que dicho niño reciba modificaciones o sustituciones en las comidas escolares habituales.

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ No. identif. : _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Diagnóstico(s): _____ Código(s) ICD-9: _____

Padre o madre o tutor: _____ Número de teléfono: _____

Descripción de la **discapacidad** **enfermedad** del estudiante que hace necesario que éste tome una dieta especial y actividad principal que se ve afectada en su vida por dicha discapacidad o enfermedad:

Antecedentes de reacción anafiláctica debido a una alergia grave a algún alimento: Sí No
(Si la respuesta es afirmativa, proporcione la documentación correspondiente)

Antecedentes de pruebas de alergia para determinar la alergia a algún alimento: Sí No

¿Hay alimentos que no tolera? De ser así, ¿cuáles? _____

Enumere el alimento o alimentos que deberán omitirse de la dieta y alimentos alternativos:

Omitir: _____

Alimentos alternativos: _____

Dietista titulado que atiende al paciente:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Doctor autorizado: _____ Número de teléfono: _____
(Firma)

Doctor autorizado: _____ Número de fax: _____
(Nombre en letra de imprenta)

Dirección postal: _____

El proveedor de servicios deberá devolver el formulario lleno y firmado a la enfermera de la escuela.