

Escuelas Públicas de Albuquerque
Formulario de Autorización de Dieta Especial

Este formulario **DEBE** ser completado y firmado por un proveedor de atención médica con licencia para que un estudiante con una discapacidad o necesidad médica/dietética reciba modificaciones o sustituciones de las comidas escolares regulares. Se debe completar un nuevo formulario **CADA** año escolar. Distinga entre intolerancia dietética y alergia.

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Número de estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA POR FAVOR COMPLETE Y FIRME:

Diagnóstico(s): _____ Código(s) ICD-10: _____

Discapacidad o **Condición Médica** que requiere que el estudiante tenga una dieta especial:

Antecedentes de reacción anafiláctica por alergia alimentaria grave: Sí ** No

**En caso afirmativo, también complete un Plan de acción contra alergias para la epinefrina en la escuela y devuélvalo a la enfermera escolar.

Historial de pruebas de alergia para indicar alergia alimentaria: Sí No

¿Intolerancia a los alimentos? En caso afirmativo, ¿qué alimentos? _____

Enumere los alimentos que deben omitirse de la dieta. Sea específico cuando describa la intolerancia o alergias de un estudiante, por ejemplo, "se pueden hornear huevos o leche en las recetas, pero no huevos revueltos ni leche líquida", etc. Indique también si la cafetería necesita proporcionar un artículo alternativo, como leche sin lactosa.

Omitir: _____

Alternativas: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Nombre impreso: _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

Dirección: _____

Nutriologo no APS consultando con el alumno:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Devuelva este formulario de autorización completo y firmado a la enfermera de la escuela