



Declaración Médica para Estudiantes con Adaptaciones Dietéticas Especiales

Este formulario se emplea para solicitar adaptaciones dietéticas en los programas de nutrición infantil del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), tales como el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, el Programa de Desayunos Escolares, el Programa de Meriendas Después de la Escuela y el Programa de Servicio de Alimentos de Verano.

Envíe los formularios completos a:

Para cualquier consulta, comuníquese con:

Sección 1: Para ser completada por un padre/guardian

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Nivel del estudiante: _____

Numero de Identificación del Estudiante: _____

Nombre del padre/guardian: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de trabajo: _____

Firma del padre/guardian: _____

Sección 2: Completar por profesionales de la salud con licencia estatal*

*Para los propósitos de los Programas de Nutrición Infantil, únicamente un "Profesional de atención médica autorizado" está habilitado para completar y firmar una declaración médica para adaptaciones de comidas en los Programas de Nutrición Infantil. Los siete profesionales médicos mencionados pueden completar y firmar una declaración médica para adaptaciones de comidas en los Programas de Nutrición Infantil administrados en Arizona (HNS# 11-2015): dentistas, médicos homeopáticos, médicos naturópatas, enfermeros practicantes, médicos osteópatas, asistentes médicos y médicos.

Lista de alimentos e ingredientes excluidos de la dieta.

Proporcione una breve explicación sobre cómo la exposición al alimento afecta al niño.

Lista de alimentos/ingredientes sustituibles en la dieta para ajustarse a restricciones dietéticas.

Esta afirmación médica es duradera.

Esta declaración médica será válida mientras el estudiante esté matriculado. Se necesitará una nueva declaración médica para modificar cualquier detalle de la información suministrada en este documento.

Esta afirmación médica es provisional.

Esta declaración médica será válida durante el año escolar en curso. Se solicitará una nueva declaración médica cada año.

Nombre del médico autorizado: _____

Teléfono de la oficina: _____

Firma del médico autorizado: _____

Fecha: _____