

## MODIFICACIONES DE COMIDAS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Descripción del impedimento físico o médico:

---

---

### Alergias alimentarias actuales

Huevo     Pescado     Maní     Mariscos     Nuez     Soja     Trigo  
 Leche     Intolerancia a la lactosa     Otro: \_\_\_\_\_

### Alergias alimentarias a eliminarse del registro escolar:

Huevo     Pescado     Maní     Mariscos     Nuez     Soja     Trigo  
 Leche     Intolerancia a la lactosa     Otro: \_\_\_\_\_

¿Esta condición es permanente o temporal?     Permanente     Temporal

Si es temporal, indique el tiempo durante el cual se deben seguir las instrucciones con una explicación:

---

---

### Prescripción de la dieta: (Marque todas las opciones que correspondan)

\_\_\_ Alergias (describir) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otro (describir) \_\_\_\_\_

**Alimentos omitidos de la dieta:** \_\_\_\_\_

**Sustituciones:**     Sustituciones específicas necesarias: \_\_\_\_\_

Un dietista registrado de SCSD puede determinar las sustituciones

Otra información sobre modificaciones de comidas:  
(Dé información adicional abajo o adjunte a este formulario).

Certifico que el estudiante mencionado arriba necesita modificaciones en las comidas según lo descrito por su discapacidad física o médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional médico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina

\_\_\_\_\_  
Fecha