

### 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.**