



Solicitud de Dieta Especial

Parte I (para ser completado por el personal del centro)

Nombre del Centro: _____ Fecha Actual: _____

Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad actual: _____

- El/la niño(a) tiene una discapacidad o una condición médica que requiere un menú especial o acomodar de acuerdo a sus necesidades.**

Se requiere que el programa sustituya razonablemente las comidas para los participantes con una discapacidad o condición médica que restrinja su dieta, y sera revisada caso por caso cuando está firmada por un profesional médico con licencia. (Ejemplo: una enfermedad, alergia o intolerancia al comer ciertos alimentos).

- El padre/tutor solicita un menú especial debido a preferencias religiosas, culturales o personales.**

Cualquier sustitución debe cumplir plenamente con el patrón de comida. El programa debe asegurar sustituciones razonables a las comidas y revisar con un dietista. Un padre/tutor debe firmar para esta solicitud. (Un profesional médico **NO** necesita firmar para esta solicitud).

Parte II (para ser completado por el Médico /Padre o Tutor que solicita un menú especial)

Favor de anotar los alimentos que deben omitirse y las sustituciones

Alimentos que deben omitirse:

Sustitución de alimentos sugeridos:

Describe la discapacidad o condición médica que puede afectar la actividad principal en la vida de el/la niño(a):

Describe como la exposición a los alimentos puede afectar al niño(a):

Describe a detalle las comodidades necesarias del menú especial y si se requiere equipo de adaptivo:

Firma de padre o tutor

Teléfono

Fecha

Firma del Profesional Médico

Teléfono

Fecha

(Necesaria para solicitar menú especial debido a discapacidad o condición médica)