

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Sustitución de Alimento Declaración Medica – Para Acomodar Discapacidades

Someter este Formulario a: \_\_\_\_\_

Nombre Sitio/Proveedor: \_\_\_\_\_

**Parte I** A ser completada por Padre/Guardián o Padrino

Nombre de Participante: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**Parte II** A ser completada solo por un profesional Medico con Licencia del Estatal que esté autorizado para escribir recetas médicas de conformidad con la ley estatal \*. Responda las preguntas 1-3.

**1. Describa** la mayor actividad diaria o función corporal afectada por el impedimento físico o mental del participante que restringe la dieta.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Acomodación del Plan de Almuerzo (alimentos a omitir o evadir):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Alimentos a ser sustituidos y alternativas recomendadas (Incluir modificaciones y acomodaciones)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Médico Profesional con Licencia:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para uso del Padrino: Acomodación hecha:

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); Doctores en Neuropatía (ND); Asistente de Médico (PA); Enfermera profesional certificada o especialista en enfermería clínica; Doctor en Medicina Dental (DMD); Doctor en Cirugía Dental (DDS); Doctor en Optometría (OD)

Esta es una Institución que provee oportunidades igualitarias.