

## Escuelas del Condado de Cocke

### Solicitud Médica de Modificación de Comidas

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Necesita alojamiento de la cafetería

o

Empacar comidas diariamente

*Certifico que al estudiante mencionado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos debido a una alergia/intolerancia alimentaria u otra necesidad médica según se indique. Doy permiso al Departamento de Nutrición Escolar para que se comunique con el médico u otra autoridad médica reconocida si se necesita una aclaración sobre estas órdenes. Entiendo que la cafetería debe seguir las órdenes de la Autoridad Médica. Para que el niño sea liberado de estas restricciones, se debe firmar un Formulario de Liberación de los Padres. Además, entiendo que si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar un formulario actualizado a la oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición y a la enfermera de la escuela.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

### A completar por un médico/autoridad médica reconocida

**Alergia o intolerancia alimentaria Alergia alimentaria potencialmente mortal:**  Sí  No

Leche/Lácteos  Sin líquidos Leche de vaca  Sin queso  Sin helados  pescado  Mariscos  Sin productos lácteos ni derivados incluso productos HORNEADOS  Maní  Nueces de árbol  Alergia al huevo  Soja (sin mantequilla de soja ni leche de soja)  Sin huevos enteros  Sésamo  Sin productos de huevo ni derivados, incluso productos HORNEADOS EN  Trigo  Maíz  Otros (Por favor, enumere):  
\_\_\_\_\_  No hay forma vegetal, solo  No se utilizan productos o derivados del maíz

Sírvase indicar lo que hay que hacer para adaptarse a la dieta del niño. Si se van a eliminar alimentos de la dieta, se recomienda sustitutos. (Ejemplo: si el alumno es alérgico a la leche fluida de vaca, por favor, recomíendele alternativas como la leche de soja, la leche de almendras, etc.)

Firma requerida-Regreso a la escuela. El supervisor del servicio de alimentos escaneará y enviará al gerente de la cafetería correspondiente. Comuníquese con Lisa Kelley, Supervisora de Servicio de Alimentos al 423-623-1956 ex. 2040 si tiene preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del médico

\_\_\_\_\_  
Número de contacto del medico

<https://www.fns.usda.gov/civil-rights/usda-nondiscrimination-statement-other-fns-programs>