

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono para contacto \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

<b>1</b>	Does the child listed have a <b>disability</b> ? ¿Tiene el niño que se nombra una discapacidad? afectadas por la discapacidad:	If yes, describe the major life activities affected by the disability: En caso afirmativo, describa las principales actividades de la vida	<b>YES</b> <b>SI</b>	<b>NO</b> <b>NO</b>
	Does the child have special nutritional or feeding needs? If yes, complete the remainder of the form. Have it <b>signed by a licensed medical authority</b> . ¿Tiene el niño necesidades nutricionales o de alimentación especiales? En caso afirmativo, complete el resto del formulario. Haga que sea firmado por proveedor de servicios de salud autorizado		<b>YES</b> <b>SI</b>	<b>NO</b> <b>NO</b>

<b>2</b>	<b>If the child is not disabled</b> , does the child have special nutritional or feeding needs? If yes, complete the remainder of the form. Have it <b>signed by a licensed medical authority</b> .	<b>YES</b>	<b>NO</b>
	Si el niño no está discapacitado, ¿tiene el niño necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Si es así, complete el resto del formulario. Haga que sea firmado por una autoridad médica autorizada	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<b>3</b>	<b>List the food item(s) to avoid that causes life threatening or severe food intolerances.</b> Severe food intolerances affect normal daily routines and require medication, special assistance, or accommodations. <b>Haga una lista de los alimentos para evitar que causen intolerancias alimentarias graves o potencialmente mortales.</b> Las intolerancias alimentarias graves afectan las rutinas diarias normales y requieren medicamentos, asistencia especial o adaptaciones.		
	Please substitute Water for Milk Por favor sustituyan Agua por Leche	Please substitute Juice for Milk Por favor sustituyan Jugo por Leche	

<b>4</b>	<b>List the food items to replace or substitute for the items listed above.</b> Note: This <b>must</b> be completed before any substitutions can be made. Examples: peanut butter allergy, list cheese, yogurt, non-peanut based proteins. For milk intolerance, list juice <b>Enumere los artículos alimenticios para reemplazar o sustituir los artículos enumerados arriba.</b> Nota: Esto debe completarse antes de que se puedan hacer sustituciones. Ejemplos: alergia a la mantequilla de maní, lista de queso, yogur, proteínas sin maní. Para la intolerancia a la leche, indique jugo.
----------	---

<b>5</b>	<b>We do not request any replacement or substitution. We are requesting monitoring only for the problematic food or foods to avoid due to religious preferences.</b> No solicitamos ningún reemplazo o sustitución. Estamos solicitando un control solo para la comida problemática o los alimentos para evitar debido a preferencias religiosas.	<b>YES</b> <b>SI</b>	<b>NO</b> <b>NO</b>
----------	--	-------------------------	------------------------

<b>6</b>	List foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner, indicate "ALL". Cut up or chopped into bite size pieces: Enumere los alimentos que necesitan el siguiente cambio de textura. Si todos los alimentos deben prepararse de esta manera, indique "TODO". Cortar o cortar en trozos pequeños:  Finely ground: Molido muy Fino:  Pureed: Puré
----------	---

<b>7</b>	List any special equipment or utensils needed: Indique cualquier equipo especial o utensilios necesarios:
----------	--

<b>8</b>	Indicate any other comments about the child's eating or feeding patterns. Indique cualquier otro comentario sobre los patrones de alimentación o alimentación del niño.
----------	--

Printed Name of Medical Authority \_\_\_\_\_

Signature of Medical Authority \_\_\_\_\_

Office Name and Address \_\_\_\_\_

Office Phone Number \_\_\_\_\_ Office FAX Number \_\_\_\_\_