



Declaración médica

Para completar las partes 2 y 3 de este formulario y firmarlo, debe recurrir a un profesional de la salud matriculado que esté autorizado a prescribir recetas según la ley estatal. En Florida, este profesional puede ser un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada (ARNP). El padre/madre o tutor debe completar la parte 1:

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL - Para que la complete el padre/madre/tutor

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento
Nombre del centro/proveedor de atención médica	
Nombre del padre/madre/tutor	Número de teléfono

PARTE 2: ADAPTACIONES - Para que la complete un profesional médico matriculado

Descripción del impedimento físico o mental que restringe la dieta

Alimentos/tipos de alimentos que deben omitirse. Sea específico.

Indique los alimentos que sustituyan los alimentos omitidos. (En lo posible, no nombre marcas específicas).

Otros comentarios:

Modificación de la textura (complete si es necesario):

<input type="checkbox"/> Alimento en forma de puré	<input type="checkbox"/> Alimento molido	<input type="checkbox"/> Alimento en trozos pequeños	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
--	--	--	---

PARTE 3: FIRMA - Para que la complete un profesional médico matriculado

Nombre del profesional médico matriculado	Puesto: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero de práctica avanzada (ARNP) <input type="checkbox"/> Asociado médico
Firma del profesional médico matriculado	Fecha de la firma
Nombre y domicilio del consultorio médico	Número de teléfono