

# Diet Modifications for Children or Adults with a Food Allergy or Other Disability\*

Name of Child/Adult Participant: \_\_\_\_\_

Include a brief description of the physical or mental impairment that requires a diet modification:

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

## FOODS TO BE OMITTED and SUGGESTED SUBSTITUTIONS:

Please check the food group(s) to be omitted. List specific foods to be omitted and suggest substitutions. Use the back of this form or attach additional information as needed.

| <u>FOODS TO OMIT</u>                          | <u>SUGGESTED SUBSTITUTIONS</u> |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milk/Dairy Products  | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Eggs/Egg Products    | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Wheat/Wheat Products | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Soy/Soy Products     | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Peanuts              | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Tree Nuts            | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Fish                 | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Shellfish            | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Other                | _____                          |

**TEXTURE REQUIRED:**     Regular                       Chopped                       Ground                       Pureed

Other detailed information regarding diet or feeding (attach additional information as needed):

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

I certify that the above named individual needs diet modifications as described above because of the specified food allergy or other disability\*:

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician or State Licensed Medical Professional

\_\_\_\_\_  
Office Phone

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Physician or State Licensed Medical Professional

I understand that if medical needs change, it is my responsibility to notify the school/child care/adult day care provider and to submit an updated Diet Modification Form. I give my permission to share the information on this form with the individuals who take part in the care of the above named individual.

\_\_\_\_\_  
Participant/Parent/Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
Home Phone

\_\_\_\_\_  
Date

\*The Americans with Disabilities Act defines *disability* as "a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities" or bodily functions of an individual.

# Modificaciones a la dieta de niños o adultos con alergia alimentaria u otra discapacidad\*

Nombre del niño/adulto participante: \_\_\_\_\_

Incluya una breve descripción del impedimento físico o mental que requiere una modificación de la dieta:

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

## ALIMENTOS QUE SE DEBEN OMITIR y SUGERENCIAS DE SUSTITUCIONES:

Marque el grupo o los grupos de alimentos que se deben omitir. Enumere los alimentos específicos que se deben omitir y sugiera sustituciones. Utilice la parte posterior de este formulario o adjunte información adicional según sea necesario.

### ALIMENTOS A OMITIR

### SUGERENCIAS DE SUSTITUCIONES

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> leche/productos lácteos           | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> huevos/productos a base de huevos | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> trigo/productos a base de trigo   | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> soja/productos a base de soja     | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> cacahuetes                        | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> frutos secos                      | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> pescados                          | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> mariscos                          | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> otros                             | _____ | _____ |

TEXTURA REQUERIDA:       Regular       Picado       Molido       Hecho puré

Otra información detallada sobre la dieta o la alimentación (adjunte la información adicional según sea necesario):

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

Certifico que el individuo anteriormente mencionado necesita modificaciones en su dieta, como se ha descrito anteriormente, debido a la alergia alimentaria especificada u a otra discapacidad\*:

\_\_\_\_\_  
Firma del médico o del profesional médico autorizado del Estado      Teléfono de la oficina      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del médico o profesional médico autorizado del estado

Entiendo que, si cambian las necesidades médicas, es mi responsabilidad notificar al proveedor de la escuela/el centro de cuidado para niños/el centro de día para adultos y enviar un formulario actualizado con la modificación alimentaria. Doy mi consentimiento para que se comparta la información de este formulario con las personas que participan en el cuidado del individuo anteriormente mencionado.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante/padre/tutor      Teléfono de la casa      Fecha

\* La Ley para Estadounidenses con Discapacidades define la *discapacidad* como: «un impedimento físico o mental que limita de manera considerable una o más actividades importantes de la vida», o las funciones fisiológicas de un individuo.