



Medical Statement

A state licensed healthcare professional who is authorized to write medical prescriptions under state law must complete Parts 2 and 3 and sign this form. In Florida, this includes a Physician, Physician's Assistant or Nurse Practitioner (ARNP). The parent or guardian must complete Part 1.

PART 1: GENERAL INFORMATION - Completed by the parent/guardian

First and Last Name	Date of Birth
Name of Center/Care Provider	
Name of Parent/Guardian	Telephone Number

PART 2: ACCOMODATIONS - Completed by a licensed medical professional

How does the participant's physical or mental impairment restrict their diet?

What food(s)/type(s) of food must be omitted? Please be specific.

List food(s) to be substituted for omitted food(s). (Avoid specific brand names, if possible)

Additional comments:

Texture modification (Complete if needed):

<input type="checkbox"/> Pureed	<input type="checkbox"/> Ground	<input type="checkbox"/> Bite-Size Pieces	<input type="checkbox"/> Other (specify)
---------------------------------	---------------------------------	---	--

PART 3: SIGNATURE - Completed by a licensed medical professional

Licensed medical professional's name	Title: <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner (ARNP) <input type="checkbox"/> Physician Assistant
Signature of licensed medical professional	Date signed
Medical office name and address	Phone number



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
---	--------------------