

Solicitud médica para realizarle modificaciones especiales a la dieta de un menor

Fecha: _____

No se aceptará el formulario si no se han llenado todas las secciones. El * indica dato requerido.

Ciclo escolar: _____

A. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE O TUTOR

*Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Escuela: _____ Grado: _____ ID: _____

Padre o tutor: _____ Teléfono: _____

Enfermera de la escuela: _____ Teléfono: _____

Doy mi autorización para que los Servicios de Nutrición de Somerset Academy hablen con el doctor o la autoridad médica que se menciona más adelante para discutir las necesidades de alimentación que se describen a continuación:

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

B. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

* ¿Tiene el niño una discapacidad o una alergia alimentaria que podría provocarle anafilaxis o poner en peligro su vida? SÍ NO *Si marcó SÍ, un médico licenciado debe llenar y firmar este formulario.*

*Si respondió SÍ, indique las actividades importantes afectadas por la discapacidad: _____

***DIAGNÓSTICO MÉDICO:** _____

MODIFICACIONES NECESARIAS

^La leche de soya es la sustitución estándar cuando se omite la leche líquida de origen animal.

I. Restricciones necesarias: NINGUNA

- No consumir leche de origen animal líquida^
- No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.)
- No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.)
- No consumir huevo entero
- No usar huevos como ingrediente
- No consumir trigo o gluten
- No consumir soya
- No consumir maní
- No consumir frutos secos (*Tenga presente que HISD no incluye maní o frutos secos en sus menús.*)
- No consumir alimentos procesados en instalaciones donde haya habido nueces
- No consumir mariscos
- Otras (anote) _____

Alimentos sustitutos _____

II. Modificación de la textura: NINGUNA

- Duración: (*marque una*)
- Durante todo el año
 - Temporalmente: Iniciar _____ Terminar _____
- Líquidos: (*marque una*)
- Levemente espeso (Nivel 2)
 - Medianamente espeso (Nivel 3)
 - Sumamente espeso (Nivel 4)
- Sólidos: (*marque una*)
- Blando y tamaño de bocado (Nivel 6)
 - Molido y húmedo (Nivel 5)
 - Hecho puré (Nivel 4)

III. Suplementos: NINGUNA

- Nil per os (No ingerir nada por vía oral)
- Algún suplemento acompañará la dieta oral
- Boost Kid Essentials 1.5
- Pediasure
- Pediasure con fibra
- Pediasure con fibra 1.5
- Pediasure Enteral con fibra 1.0
- Otro: _____ **Podría tomar hasta 6 semanas incorporar suplementos que no se hayan indicado anteriormente.*

Dosis por alimento (**ES REQUISITO**): ____Desayuno ____Almuerzo ____Colación al término de las clases

IV. Orden de dieta terapéutica: Por favor ofrezca datos específicos: _____

C. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

Yo certifico que el estudiante que se menciona arriba necesita las modificaciones dietéticas descritas, dado que presenta una discapacidad o una alergia alimentaria severa provocada por alimentos que ponen en riesgo su vida, como ya se ha mencionado.

MD DO NP PA

*Firma del doctor o autoridad médica _____ Fecha _____

*Nombre del doctor o autoridad médica _____

Teléfono _____ Fax _____ Domicilio _____

Entregue el forma lleno a la enfermera de la escuela. Deberá presentar uno nuevo cada año. Todo cambio o terminación de tratamiento debe comunicarse por escrito, de parte del médico. El trámite toma dos semanas. Contacte respinoza@doralacademytx.com con preguntas.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.oocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.