

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No consumir leche de origen animal líquida^ | <input type="checkbox"/> No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.) | <input type="checkbox"/> No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.) |
| <input type="checkbox"/> No consumir huevo entero | <input type="checkbox"/> No usar huevos como ingrediente | |
| <input type="checkbox"/> No consumir trigo o gluten | <input type="checkbox"/> 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. Mande la forma por fax a (210) 541-0049. Contacte mike.jones@somersetacademytx.org con preguntas.