

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@brooksacademy.org 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.ocio.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.