

Informe médico para modificación del consumo de alimentos

¡Importante! Lea cuidadosamente y siga los procedimientos para solicitar una adaptación especial en el consumo de alimentos. La escuela/centro devolverá los Formularios de Preferencias Dietéticas sin completar al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, el contacto de la escuela/centro mencionado en la Parte A lo ayudará.

Las escuelas y agencias que participen en los programas sobre el consumo de alimentos en la nutrición infantil **DEBEN** cumplir con las solicitudes para necesidades dietéticas especiales y el equipo adaptativo sin cargo adicional para niños con discapacidad documentada o necesidad médica. Si esta es una alergia a algún alimento que representa una amenaza para la vida y que resulta en anafilaxis, asegúrese de que el personal de enfermería complete el formulario Plan de Acción en Caso de Alergias y Anafilaxis.

Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada: un médico colegiado (MD o DO), enfermera especializada (advanced practice nurse, APN) autorizada para prescribir (prescriptive authority, RXN) o asistente médico (physician assistant, PA) deberá firmar un formulario de solicitud completado.

Las modificaciones del consumo de alimentos continuarán hasta que un médico colegiado, enfermera especializada autorizada para prescribir o asistente médico solicite que se cambien o detengan dichas modificaciones en el Formulario de Descontinuación, que está disponible en la escuela o centro. Se recomienda ampliamente que la orden dietética recetada se actualice anualmente con un formulario nuevo.

Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/centro – El padre/tutor o la persona contacto de la escuela/centro deberá completarlo.				
1. Nombre del estudiante:		2. Fecha de nacimiento:		3. Escuela/centro:
4. Nombre del padre/tutor:		5. Nro. de teléfono del padre/tutor:		
6. Nombre del contacto de la escuela/centro:		7. Nro. de teléfono del contacto de la escuela/centro:		
Parte B. Orden dietética recetada con necesidad médica documentada – Esto deberá completarlo un profesional médico colegiado como se especificó anteriormente. Deben completarse todas las secciones.				
1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta de su hijo:				
2. ¿Cuál actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica del estudiante? Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar.				
3. Tipo de dieta especial: <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O especifique el tipo de dieta especial (por ej., sodio bajo, sin gluten, diabetes, etc.)				
4. Textura modificada:	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Picada	<input type="checkbox"/> Molida	<input type="checkbox"/> En puré
5. Espesor modificado para los líquidos:	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Néctar	<input type="checkbox"/> Miel	<input type="checkbox"/> En cuchara o el mismo espesor del pudín
6. Equipo especial para alimentación: _____ <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O mencione el equipo especial para alimentación (por ej., cuchara con mango ancho, vaso de entrenamiento, etc.).				
7. Alimentos que deben omitirse o substituirse: Enumere los alimentos que deben omitirse o substituirse. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.				
Omitir los alimentos señalados a continuación:			Substituir los alimentos señalados a continuación:	
Información del médico colegiado/enfermera especializada autorizada para prescribir/médico asistente				
Firma:			Cargo:	
Nombre en letra de imprenta			Nro. de teléfono:	Fecha:
Permiso del padre/tutor legal – Deberá completarlo el padre o tutor legal.				
Autorizo al personal de la escuela o centro responsable para implementar la orden dietética recetada de mi hijo para que se discutan las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal adecuado de la escuela o centro. Asimismo, autorizo al médico colegiado de mi hijo, la enfermera especializada autorizada para prescribir o al asistente médico a ofrecer detalles sobre la orden dietética recetada en este formulario si el personal de la escuela/centro le solicita hacerlo.				
Firma del padre/tutor legal y fecha:				

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.