



DISTRICTO INDEPENDIENTE DE SPRING BRANCH
FORMULARIO DE MODIFICATION DE DIETA DEL ESTUDIANTE

AÑO ESCOLAR _____ -- _____

DEVOLVER EL FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

ESPERE HASTA 2 SEMANAS PARA EL PROCESAMIENTO. EL FORMULARIO DEBE LLENARSE EN SU TOTALIDAD O SE LE DEVOLVERA

Nombre del Estudiante SECCION A: INFORMACION DEL ESTUDIANTE– Debe completarse por Padres/Guardián Legal

(Apellido, Nombre): _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Estudiante ID: _____ **Escuela:** _____ **Maestro:** _____ **Grado:** _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ **Teléfono:** _____

Email del Padre/Guardián: _____

Doy permiso a los servicios de nutrición/servicios de salud para hablar con el siguiente médico nombrado o autoridad médica autorizada para discutir las necesidades dietéticas descritas a continuación. Entiendo que si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proveer documentación del médico de mi hijo al dietista de nutrición y servicio de alimentos y a la enfermera de la escuela.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

SECCION B INFORMACION MÉDICA – PARA SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA ESTATAL

¿Tiene el niño una alergia alimentaria que pone en riesgo la vida y que requiere una modificación de la dieta? NO SI, complete Sección C

¿Tiene el niño una receta para EPI-Pen para una alergia alimentaria? NO SI

¿Tiene el niño una discapacidad que afecta a la actividad vital importante que requiere una modificación de la dieta? NO SI complete Sección D

La sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973 y la ley de estadounidenses con discapacidades de 1990, definen a una persona con una discapacidad como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades importantes de la vida", tiene un registro de tales deterioro, o se considera que tiene tal impedimento. "

SECCION C: ALERGIAS ALIMENTICIAS

PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO CON LICENCIA O PRESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD MÉDICA

ALIMENTOS A OMITIR:

- Trigo/Gluten
- Cacahuates
- Nueces de Árbol No alimentos procesados en un centro que contenga nueces
- Semillas de Sésamo Semillas de girasol
- Otras semillas (especifique) _____
- Soya
- Lecitina de soya Aceite de soya
- Solo leche fluida Proteína de suero Proteína de caseína
- Todos los productos lácteos, incluida la leche en productos horneados Yogurt Queso
- Huevos (Huevos enteros ex: huevos revueltos)
- Todos los alimentos que contengan huevo (ex. Productos de panadería)
- No alimentos procesados en un centro que contenga huevos
- Marisco pescado (por favor especifique abajo)
- _____
- Maíz
- Maicena
- Jarabe de maíz
- Aceite de maíz
- Harina de maíz

Otro:(especifique): _____

SECCION D: DISCAPACIDADES

PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO CON LICENCIA O PRESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD MÉDICA

Discapacidades: _____
 Explicacion: _____

Principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad (Marque todas la que aplican)

- Función corporal mayor Comer Respirar
- Realizar tareas manuales Cuidar de uno mismo
- Hablar Caminar Escuchar Ver

Otro: _____

Alimentos a Omitir: _____

Modificación de Textura Necesaria: Si No

Líquidos: menos espeso Néctar grueso Miel gruesa Pudín grueso

Sólidos: Puré Mecánico (Picado)

Mecánico (molido)

Orden de dieta Terapéutica: por favor proporcione detalles según sea necesario

Certifico que las necesidades de los estudiantes mencionados arriba deben ser ofrecidas como sustitutas de alimentos como se describió anteriormente debido a la discapacidad del estudiante y/o la alergia alimentaria que amenaza la vida

Nombre del Medico autorizado/Prescripción de la autoridad médica: _____ **Fecha:** _____

Firma del Medico autorizado/Prescripción de la autoridad médica: _____ **MD DO PA NP SLP**

Nombre del Centro/Clinica: _____ **Teléfono:** _____

Conformidad con la Ley Federal de derechos civiles y normas los derechos civiles de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones administradoras o participantes en programas del USDA prohíbe discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia por actividad previa los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de signos, etc.), debe comunicarse con la agencia (estatal o local) donde aplican para beneficios. Personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, información del programa puede hacerse disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja por discriminación de programa, complete el formulario de quejas de discriminación de programa de USDA, (AD-3027) encontrado en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida a USDA y proporcionado en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presentar el formulario o carta a USDA por: (1) correo: Departamento de agricultura de Estados Unidos, oficina de la Subsecretaria para los derechos civiles, 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 de igualdad de oportunidades.