



**DECLARACIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES QUE REQUIERE  
COMIDAS SPECIALES  
Child Nutrition Services  
Kansas City Public Schools**

Esta declaración **DEBE** actualizarse cuando haya un cambio en una order de dieta.

Apellido del estudiante	Inicial	Primer Nombre
Nombre del padre(s)/guardian	Grado del estudiante	
Teléfono de los padres	Nombre de la escuela	
Identificació	Fecha de Nacimiento del estudiante	

Por la presente, doy mi Permiso para que el personal de la escuela siga el plan de nutrición indicado a continuación. Doy mi Permiso para que los servicios de nutrición infantil se comuniquen con el medico si surgen dudas.

\_\_\_\_\_  
Padre(s)/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para use de medicos (para ser completado por un medico con licencia)**

Identifique y describa la discapacidad o las afecciones médicas, incluidas las alergias que requieren que su estudiante tenga una dieta especial.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa las actividades principales afectadas por la discapacidad de estudiante.

\_\_\_\_\_

**Prescripción de dieta** (verifique todas las que se aplican):

Diabético:  Nivel de calorías (adjuntar plan de comidas)  Conteo de carbohidratos (adjuntar plan de comidas)

Textura modificada y/o líquidos

Calorías – Controladas: \_\_\_ nivel de calorías

Otros (describir): \_\_\_\_\_

Alergia a los alimentos: (Por favor, enumere cada alergia): \_\_\_\_\_

\*\*\*Por favor, sea específico, si el estudiante tiene una alergia a la leche, ¿es solo leche fluida o todos los productos lácteos, si un niño tiene alergia al huevo, es solo huevos frescos, horneados / cocinados en productos está bien?

Si el estudiante tiene una alergia alimentaria, ¿es esta una alergia potencialmente mortal?  Sí  No

**Alimentos omitidos y sustituciones:**

Si los alimentos se enumeran para ser omitidos de la dieta, **Detalles** sobre los alimentos a sustituir mosto se proporcionará. (ver de nuevo)

**Child Nutrition, Attention:  
Dietitian 2901 Troost  
Kansas City, MO 64109**

**Fax: 816-418-**

**Alimentos a omitir:**

---

---

---

---

---

**Alimentos a sustituir:**

---

---

---

---

---

**Indicar textura:**  Regular  Picado  Molida  Indicación de puré

**espesor de líquidos:**  Regular  Néctar  Miel  Budín

**Equipo de alimentación especial** \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

---

---

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comidas escolares especiales preparadas o servidas como se describe anteriormente debido a la discapacidad o condición médica crónica del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Médico licenciado o autoridad médica reconocida

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre, incluidas las credenciales: \_\_\_\_\_  
Escribir o imprimir

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del preparador u otro contacto

Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990.

"Persona discapacitada" significa cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental, que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tenga un registro de dicho impedimento o se considere que tiene dicho impedimento.

"Deterioro físico o mental" significa (1) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológicos, musculoesqueléticos, órganos sensoriales especiales, respiratorios, incluidos los órganos del habla, cardiovasculares, reproductivos, digestivos, genitourinarios, hemico y linfáticos, y endocrinos o (2) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental, y discapacidades específicas de aprendizaje. El término "físico o discapacidad mental" incluye, pero no se limita a enfermedades tales como discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y auditivas; parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, retraso mental, enfermedad emocional, adicción a las drogas y alcoholismo.

"Actividades importantes de la vida" significa funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

<p><b>Child Nutrition, Attention: Dietitian</b>  <b>2901 Troost</b>  <b>Kansas City, MO 64109</b></p>	<p><b>Fax: 816-418-7431</b></p>
---	---------------------------------