



Distrito Escolar 11 de Colorado Springs Servicios de Alimentación y Nutrición

5260 Geiger Blvd., Colorado Springs, CO 80915

Phone: 719-520-2923

Fax: 719-520-2935

<https://www.d11.org/departments/food-and-nutrition-services/special-diets>

Necesidades Dietéticas Especiales

Año Escolar 2024-2025

Estimado Padre/Tutor:

La escuela de su hijo/a:

1. **Realizará** modificaciones de alimentos **prescritas por un médico acreditado, enfermero/a de práctica avanzada con autorización para prescribir, o auxiliar médico** para acomodar una discapacidad. Se requiere documentación debidamente diligenciada y firmada.
2. **No realizará** modificaciones de alimentos escolares a las solicitudes que no alcanzan el nivel de una discapacidad incluyendo;
 - * Sensibilidad alimenticia que se puede acomodar a través de opciones de menú.
Nota: La leche no es un componente de comida requerido y puede ser rechazada por cualquier estudiante.
 - * Preferencias dietéticas por razones religiosas, éticas, o culturales, o preocupaciones generales de salud.

Una discapacidad es considerada un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

Se recomienda encarecidamente que una autoridad médica reconocida actualice anualmente la orden de dieta prescrita.

En caso de que sea una alergia a los alimentos que ponga en peligro la vida y genere anafilaxia, asegúrese de que el formulario de *Órdenes de Atención de Emergencia y Medicamentos de Alergia y Anafilaxia del estado de Colorado* esté diligenciado por una autoridad médica reconocida para el personal de enfermería escolar.

Devuelva la Declaración Médica diligenciada para el Formulario de *Modificación de Alimentos Escolares* vía correo electrónico o entrega personal a:

CSSD11 Food and Nutrition Services

5260 Geiger Blvd.

Colorado Springs, CO 80915

O via fax al: 719-520-2935

En caso de que tenga preguntas o requiera asistencia, por favor contacte a Jamie Humphrey, Dietista Administrativo al (719) 520-2923 o Jamie.Humphrey@d11.org.

Cordialmente,

Jamie Humphrey, RDN

Distrito Escolar 11 de Colorado Springs

Departamento de Servicios de Alimentación y Nutrición

Declaración Médica para Modificación de Alimentos Escolares por Discapacidad Dietética
el formulario debe ser impreso al reverso o adjuntado por separado.

Esta institución provee igualdad de oportunidades.

2024-2025 Declaración Médica para Modificación de Alimentos por Discapacidad Dietética
 Distrito Escolar 11 de Colorado Springs Servicios de Alimentación y Nutrición Fax: 719-520-2935

Parte A. Información de Contacto del Estudiante y la Escuela – A ser diligenciada por el padre/tutor o persona de contacto

Nombre del Estudiante:		(Opcional) Nombre del Contacto:
Fecha de Nacimiento:	# de ID del Estudiante:	Teléfono del Contacto:
Escuela:	2024-2025 Grado:	Correo Electrónico del Contacto:

Parte B. Información de Contacto del Padre/Tutor – A ser diligenciada por el padre/tutor o persona de contacto

Nombre del Padre/Tutor 1:		(Opcional) Nombre del Padre/Tutor 2:
Teléfono del Padre/Tutor 1:		Teléfono del Padre/Tutor 2:
Correo Electrónico del Padre/Tutor 1:		Correo Electrónico del Padre/Tutor 2:
Dirección Postal:		Colorado Springs, CO Código Postal:

Parte C. Permiso del Padre/Tutor – A ser diligenciada por el padre/tutor

Doy permiso al personal escolar responsable de implementar la orden de dieta prescrita para mi hijo/a para que se discutan las acomodaciones alimenticias con el personal escolar apropiado. También doy permiso para que el Médico Acreditado de mi hijo/a, Enfermero/a de Práctica, o Auxiliar Médico brinde aclaraciones adicionales a la orden de dieta prescrita en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela.

Parte D. Orden de Dieta Prescrita – A ser diligenciada por la autoridad médica apropiada y reconocida.

Una discapacidad es considerada un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida. Se recomienda encarecidamente que una autoridad médica actualice anualmente la orden de dieta prescrita

1. **Modificación Mecánica:** Marque si no aplica Condición Médica/ Motivo para la Modificación: _____

Modificar Textura: Picada Molida Puré

Modificar Consistencia: Néctar Espeso Miel Espesa Cuchara o Pudín Espeso

Equipo de Adaptación: (Especificar) _____

2. **Modificación de Nutrientes:** Marque si no aplica Condición Médica/ Motivo para la Modificación: _____

Ejemplo: Diabetes, fenilcetonuria (PKU), etc.

Nutriente a Modificar _____ Min Max Rango _____ mg gm mL kcal por Comida Día

3. **Modificación de Ingredientes:** Marque si no aplica

Condición Médica: Alergia Alimenticia Severa/Anafilaxia **Precauciones de contacto cruzado son requeridas.**
 Omitir: Maní Árbol de Nuez Soya Trigo Leche Huevo Pescado Crustáceos

Condición Médica: Enfermedad Celíaca **Precauciones de contacto cruzado son requeridas.**
 Omitir: Gluten (trigo, centeno, cebada, triticale, espelta, trigo kamut, y derivados, incluyendo malta de cebada)
 Autorizado: alimentos naturales Libres de Gluten (arroz, maíz, patata, etc.) y productos y avenas garantizados Libres de Gluten

Condición Médica / Motivo para la Modificación: _____
 Omitir: _____
Indique los ingredientes parciales o totales a ser retirados. Ejemplo: lactosa, yema de huevo, o proteína de maíz
 Autorizado: _____
Ejemplo: yogurt, huevos en pan/alimentos horneados, maicena, lecitina de soya, o aceite de soya que no aparece como alérgeno
 Alternativas recomendadas (si aplica): _____

Parte E. Médico Acreditado/Enfermero/a de práctica avanzada con Autorización para Prescribir/ Información del Auxiliar Médico

Certifico que el estudiante antes mencionado necesita comidas escolares especiales como se describió anteriormente, debido a la discapacidad del estudiante. Firma: _____ Fecha: _____ Nombre en letra imprenta/Credenciales: _____	Sello de la Oficina (preferido) o Impresión: Clínica: Dirección: Ciudad, ST, Cód Postal: Teléfono: Fax:
---	---