



Declaración Médica para la modificación de comidas

Actualizado 17 de Julio, 2017

NOTA: No se harán comidas especiales para los estudiantes a menos que tengan una necesidad documentada que es médica. Si la necesidad dietética especial de su estudiante no cae bajo una necesidad documentada médica, comuníquese con Servicios de Nutrición para obtener la información de ingrediente disponible para todos los menús al 303-853-8709 y para hacer selecciones de comidas del menú regular escolar para satisfacer las necesidades de su hijo. Esta lista de ingredientes es exacta para nuestro mejor conocimiento, este documento es sólo informativo y se basa en la información que los fabricantes proporcionan al Distrito. Todos los artículos y alérgenos están sujetos a cambios sin previo aviso y el Distrito no hace declaraciones ni garantías de ningún tipo en cuanto a la exactitud o integridad de la información aquí contenida.

Importante! Lea atentamente y siga los procedimientos para una discapacidad dietética. Cualquier declaración médica incompleta será devuelta al padre / guardián. Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con Joseph Fowler, RDN, Coordinador de menús de Servicios de Nutrición al 303-853-8709 para obtener ayuda

Servicios de nutrición de Mapleton **SI** PUEDEN HACER:

- Realizar modificaciones de comida (sustituciones) prescritas por una autoridad médica reconocida (RMA) para acomodar una discapacidad en la dieta basada en una declaración médica completada y firmada por una RMA con licencia.
- Hacer modificaciones (sustituciones) para los estudiantes según lo requerido en su Sección 504 o planes del IEP con una declaración médica completada y firmada por una RMA con licencia.

Servicios de Nutrición de Mapleton **NO** PUEDEN HACER:

- Realizar modificaciones de comidas (sustituciones) sin una Declaración Médica completa y firmada que documenta una necesidad médica.
- Hacer sustituciones de leche de vaca u otros componentes de comida por otras razones fuera de una necesidad médica documentada.

La solicitud de modificación de comida completada debe ser enviada a la escuela de su estudiante RN o Servicios de Nutrición en 591 East 80th Ave., Denver, CO 80229, ATTN: Joseph Fowler. Se establecerá una reunión según sea necesario.

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:				