



Declaración médica para la modificación de la comida

Por favor, complete y envíe el formulario a Servicios de Enfermería del D51 por Fax: al (970) 245-0825

| | | |
|--|--|--|
| Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/madre/tutor/a legal – Debe ser completado por uno de los padres o el tutor | | |
| 1. Nombre del estudiante (por favor letra de imprenta): | 2. Fecha de nacimiento: | 3. Nivel de grado: |
| 4. Nombre de la escuela: | 5. Salón de clases: | |
| 6. Nombre del padre/madre/tutor/a legal (por favor letra de imprenta): | 7. Número de teléfono del padre/madre/tutor/a legal: | |
| 8. Correo electrónico del padre/madre/tutor/a legal: | 9. Dirección de domicilio, Ciudad, Estado, Código postal | |
| Permiso del padre/madre/tutor/a legal – Para que la complete un padre/madre/tutor/a legal. | | |
| Solicito el servicio para mi estudiante y doy permiso al personal de los Servicios de Nutrición del D51 para que se comunique con el médico u otra entidad médica reconocida que se indica a continuación en esta orden de dieta si se necesita una explicación. | | |
| Firma del padre/madre/tutor/a legal y Fecha: | | |
| Parte B. Orden de dieta prescrita – La debe completar un médico con licencia (MD o DO), un enfermero de práctica avanzada (APN) con autoridad para prescribir, un asistente médico (PA) o un dietista registrado (RD). <i>Los padres o tutores NO pueden completar esta sección.</i> | | |
| 1. Por favor, indique la(s) condición(es) física(s) o mental(es) que afecta(n) a la dieta de este estudiante. . | | |
| 2. Por favor, describa cómo la(s) condición(es) física(s) o mental(es) mencionada(s) anteriormente restringe(n) la dieta de este estudiante | | |
| 3. Si el impedimento es una alergia alimentaria, por favor especifique el alérgeno(s) a continuación: | | |
| Leche, por favor explique: <input type="checkbox"/> Todos los lácteos <input type="checkbox"/> <u>SOLO</u> lácteos específicos (por favor, anote los productos lácteos a los que es alérgico el estudiante) _____ | Huevo, por favor explique: <input type="checkbox"/> Solo huevos enteros (hervido, revuelto) <input type="checkbox"/> Todos los alimentos que contienen huevo <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| ¿Puede el estudiante tolerar alguno de estos alérgenos en los PRODUCTOS HORNEADOS? En caso afirmativo, por favor, especifique los alérgenos y los alimentos que entran en esta excepción: | | |
| 4. Por favor, indique la(s) modificaciones(es) que se solicita(n) a las comidas del estudiante. Por favor recomiende sustituciones. | | |
| 5. Si el estudiante necesita modificaciones de textura o líquidos, por favor indique a continuación: | | |
| <input type="checkbox"/> Sólidos blandos y carnes picadas (disfagia nivel 3) <input type="checkbox"/> Sólidos machacados con el tenedor y carne molida (Disfagia nivel 2) <input type="checkbox"/> Sólidos y carnes en puré (Disfagia nivel 1) <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ Consistencia líquida: <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Néctar espeso <input type="checkbox"/> Miel espeso <input type="checkbox"/> Pudín espeso | | |
| 6. Indique los comentarios adicionales sobre las prácticas, patrones de alimentación, equipo o utensilios especiales y los suplementos nutricionales. | | |
| Nombre del médico licenciado en letra de imprenta : | | Número de teléfono del médico licenciado: |
| Firma de un médico licenciado: | | Fecha: |