



Every child is a work of art.
Create a masterpiece.

Solicitud para Modificaciones Alimentarias Especiales

Suellen Pineda, MA, RDN, CDN
Coordinadora de Nutrición Escolar

Estimado Padre/Encargado:

Nos complace que _____, Fecha de Nacimiento _____, participará en el Programa Nacional de Desayunos Escolares y/o en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos requiere que tengamos una prescripción alimentaria firmada por una autoridad médica autorizada, en caso donde modificaciones alimentarias sean necesarias.

Todas las secciones deben completarse totalmente antes de que el formulario sea aceptado.

Fecha: _____

Parte I (para ser completada por el padre / encargado)

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Fecha Nac.: ____/____/____

Escuela a la que asiste: _____ Grado: _____ ID#: _____

Enfermera escolar/ Enfermera asesora: _____

Información de contacto: _____

Doy permiso a los Servicios de Salud / Servicios de Alimentos para hablar con el médico que se indica a continuación o la autoridad médica autorizada para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación y en la página siguiente.

Firma de Padres/Encargados, Fecha: _____

Parte II (Para ser completado por la enfermera(o) de la escuela o el médico. Según el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, una "persona con discapacidad" es cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades de la vida, que tenga un registro de dicho impedimento o que se considere que tiene dicho impedimento.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad? Si: _____ No: _____

¿Tiene el estudiante una alergia alimentaria? Si: _____ No: _____

¿Tiene el estudiante una intolerancia o sensibilidad alimentaria? Si: _____ No: _____

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, la parte III debe ser completada y firmada por un(a) profesional de salud con licencia, es decir, Doctor (MD), Asistente Médico (PA) y Enfermera(o) (NP), o un profesional de nutrición y dietética con credenciales del estado, como ser Dietista-Nutricionista Registrada(o) (RDN).

Parte III Diagnóstico: _____

Alimentos a evitar:

_____ Leche (proteínas de lácteos) debido a una **alergia** _____ Leche regular debido a **intolerancia a lactosa**

*En caso de intolerancia a la lactosa, ¿Puede el estudiante tolerar porciones pequeñas de otros alimentos que contienen lactosa como el yogurt o queso? Si: _____ No: _____

_____ Maní/Cacahuete	_____ Soya	_____ Mariscos Crustáceos
_____ Nueces	_____ Huevos	_____ Ajonjolí/Sésamo
_____ Trigo	_____ Maíz	
_____ Gluten	_____ Pescado	

_____ Otros (sea específico) _____

Substitutos recomendados: _____

Parte IV Favor proveer una explicación breve sobre los efectos que la exposición del alérgeno(s) causa en el estudiante: _____

Nombre de la autoridad médica: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo: _____

Envíe / entregue los formularios completados a la enfermera de la escuela / asesora de enfermería en la escuela de su hijo. Cualquier cambio de tratamiento debe ser solicitado por escrito por el médico. Para asegurarse que la solicitud se procese antes del primer día de clases, envíe la solicitud a más tardar un mes antes del primer día de clases.