

Declaración médica por motivos de discapacidad alimentaria para la adaptación de las comidas escolares. Servicios de Alimentación y Nutrición del Distrito Escolar 11 de Colorado Springs

Dirigir a: Jefe de cocina, enfermera escolar. Enviar por correo o entregar en **5260 Geiger Blvd. C/S, CO 80915**
Enviar preguntas por correo electrónico a Jamie Humphrey, RDN Jamie.Humphrey@d11.org

Parte A. Información de contacto del estudiante y de la escuela – Debe ser completada por un padre/tutor o la persona de contacto de la escuela		
Nombre del alumno:		Nombre del padre/tutor:
Fecha de nacimiento:	Curso:	Teléfono del padre/tutor:
Centro escolar:		Correo electrónico del padre/tutor
Dirección postal:		
Parte B. Prescripción dietética: debe ser cumplimentada por la autoridad médica competente reconocida. Consulte la Parte C para conocer los profesionales cualificados. Se considera discapacidad cualquier deficiencia física o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida. Se recomienda encarecidamente que una autoridad médica reconocida actualice anualmente la prescripción dietética.		
1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta del niño:		
2. ¿Qué actividad vital fundamental se ve afectada por la necesidad médica de este estudiante? Ejemplo: la alergia al cacahuete afecta a la capacidad para respirar.		
3. Modificar los líquidos: ☐ Sin líquidos ☐ IDDSI 3: Moderadamente espeso ☐ IDDSI 2: Ligeramente espeso ☒ DDSI 1: Muy espeso		
Modificar la textura: ☐ IDDSI 7: Fácil de masticar ☐ IDDSI 6: Suave/Tamaño de un bocado ☐ IDDSI 5: Picado y húmedo ☐ IDDSI 4: Puré ☐ IDDSI 3: Puré fino		
Equipo especial de alimentación: (Especificar) _____		
4. Modificación de ingredientes: ☐ Marque si no es aplicable		
☐ Afección médica: <u>Alergia alimentaria grave/anafilaxia</u> . Se requieren precauciones contra la contaminación cruzada.		
Omisión: ☐ Cacahuete ☐ Frutos secos ☐ Soja ☐ Trigo ☐ Leche ☐ Huevo ☐ Pescado ☐ Crustáceos y mariscos ☐ Sésamo		
☐ _____		
¿Pueden los alumnos consumir alimentos elaborados en instalaciones que puedan utilizar los alérgenos mencionados anteriormente? ☐ Sí ☐ NO		
¿Puede el alumno consumir alimentos elaborados en equipos compartidos? ☐ Sí ☐ NO		
¿Puede el alumno consumir alimentos etiquetados como «Puede contener» los alérgenos mencionados anteriormente? ☐ Sí ☐ NO		
Si el alumno tiene alergia a la leche o al huevo, ¿puede tolerarlos cuando están incorporados en productos horneados? ☐ Sí ☐ NO		
☐ Afección médica: <u>Enfermedad celíaca</u> . Se requieren precauciones contra la contaminación cruzada.		
☐ Condición médica: <u>Intolerancia a la lactosa</u>		
Omite: ☐ Yogur ☐ Queso ☐ Leche incorporada en alimentos (por ejemplo: galletas Goldfish, magdalenas, tortitas, etc.)		
☐ Mantequilla ☐ Aderezo ranchero elaborado con suero de leche ☐ _____		
Especifique los sustitutos permitidos: _____		
Parte C. Información sobre el médico colegiado/enfermera de práctica avanzada con autoridad para recetar/auxiliar médico/dietista titulado		
Certifico que el alumno mencionado anteriormente necesita comidas escolares especiales, tal y como se ha descrito anteriormente, debido a su discapacidad.		Sello de la consulta (preferiblemente) o letra de imprenta:
Firma:	Fecha:	Clínica:
Nombre en letra de imprenta/Credenciales:		Dirección:
		Ciudad,
		Estado, Código
		postal:
		Teléfono:
		Fax:
Parte D. Autorización de los padres o tutores: debe ser completada por los padres o tutores		
Doy mi autorización para que el personal escolar encargado de aplicar la prescripción dietética de mi hijo pueda comentar las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con cualquier miembro del personal escolar pertinente. Asimismo, autorizo al médico colegiado, enfermero especializado, asistente médico o dietista titulado de mi hijo a que aclare con más detalle la prescripción dietética que figura en este formulario si así lo solicita el personal escolar.		
Firma del padre/tutor: _____		Fecha: _____