

Formulario de solicitud de adaptación dietética por una discapacidad

(Para proporcionar información a una escuela para realizar una adaptación dietética adecuada.)

Este formulario podrá ser (1) utilizado por una autoridad médica con licencia o un dietista registrado para suministrar una declaración médica relativa a una discapacidad médica de un estudiante o a una necesidad dietética especial que justifique una adaptación dietética o (2) usado para asistir a una autoridad médica con licencia o a un dietista registrado para diseñar la declaración médica necesaria para una adaptación dietética. Si el formulario es usado como una declaración médica, el formulario debe ser completado por una autoridad médica o un dietista registrado y firmado por los padres y la autoridad médica o un dietista registrado.

Una escuela no está obligada a proporcionar un producto de marca de comida si otro producto con las mismas especificaciones está disponible.

NOTA: Solo se requiere la firma del padre si: (1) la adaptación solicitada es para un sustituto de la leche fluida, y (2) el sustituto de la leche se solicita **solo para el almuerzo**. Para las sustituciones de leche solicitadas con cualquier otra comida, o para cualquier otra adaptación relacionada con un componente alimenticio distinto de la leche, se requiere la firma de una autoridad médica con licencia o de un dietista registrado.

I. Proporcione la siguiente información sobre el estudiante.

Nombre del estudiante: Fecha:

Fecha de nacimiento: Nivel de curso:

¿El estudiante tiene una discapacidad médica que afecta una de las funciones vitales principales que requiere una adaptación dietética? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante tiene una necesidad dietética especial que sería ayudada por una adaptación dietética? ☐ Sí ☐ No

Por favor marque uno: ☐ El estudiante tiene un EpiPen en el campus. ☐ El estudiante NO tiene un EpiPen.

II. ¿Como esta discapacidad médica o necesidad dietética especial impacta la alimentación del estudiante

III. ¿Cual(es) adaptaciones dietética(s) son apropiadas para dirigir la discapacidad médica del estudiante o necesidad dietética especial? Por favor marque la casilla antes de las adaptaciones dietéticas que aplican y explica en detalle por cada adaptación dietética en la caja al lado de la descripción.

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Comidas o ingredientes que no pueden ser servidas | <input type="text"/> |
| ☐ Sustituciones sugeridas para comidas que no pueden ser servidas | <input type="text"/> |
| ☐ Información específica sobre el tamaño de las porciones de comida | <input type="text"/> |
| ☐ Descripción específica sobre modificaciones a la textura de comidas específicas o tipos de comidas | <input type="text"/> |
| ☐ Utensilios especiales | <input type="text"/> |
| ☐ Otros | <input type="text"/> |

IV. Proporcione las siguientes firmas:

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Firma de la autoridad médica: _____

Para cualquier solicitud de adaptación dietética, por favor espere una semana desde el registro en el sistema para que la comida o el artículo alternativo esté disponible en el campus.