

Solicitud médica de adaptaciones dietéticas

Fecha: _____
Curso escolar: _____

Todas las secciones deben completarse para que este formulario sea aceptado. *Indica campo requerido.

A. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE POR EL PADRE O TUTOR LEGAL

*Apellido del estudiante: _____ *Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
*Escuela: _____ Grado: _____ ID del estudiante: _____
Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____
Enfermera escolar: _____ Teléfono: _____
Doy permiso a Servicios de Salud/Nutrición para hablar con el Médico o la Autoridad Médica Autorizada mencionada a continuación para discutir las necesidades dietéticas descritas a continuación.
Firma del padre: _____ Fecha: _____

B. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO LICENCIADO / AUTORIDAD MÉDICA QUE LA PRESCRIBE

*¿El niño tiene alguna discapacidad y/o alergia alimentaria? ☐ SÍ ☐ NO
La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 definen a una persona con discapacidad como cualquier persona que tenga una discapacidad física o mental que limite sustancialmente una o más "actividades vitales importantes", que tenga antecedentes de dicha discapacidad o que se considere que la posee. (Ejemplos de actividades importantes de la vida: digestión, comer, caminar, etc.)
*Describa las principales actividades vitales afectadas por la discapacidad: _____
*MÉDICO DIAGNÓSTICO: _____

ADAPTACIONES NECESARIAS

*La leche de soja es el sustituto estándar cuando se omite la leche líquida

I. Restricciones necesarias: ☐ NINGUNA

☐ Sin leche líquida* ☐ Sin productos lácteos (yogur, queso, etc.) ☐ Sin proteínas de la leche ni ingredientes lácteos (en productos horneados, etc.)
☐ Sin huevos enteros ☐ Sin huevos como ingrediente ☐ Sésamo ☐ Maíz entero ☐ Todos los derivados del maíz
☐ Sin trigo/gluten ☐ Sin ingredientes de soja
☐ Sin maní ☐ Sin frutos secos (tenga en cuenta que HISD no sirve maní ni frutos secos en los menús habituales)
☐ Sin alimentos procesados en instalaciones que contengan frutos secos
☐ Sin mariscos
☐ Otros (Por favor, listen) _____
Sustituciones _____

II. Modificación de textura: ☐ NINGUNA

Duración: (elijá uno) Líquidos: (elijá uno) Sólidos: (elijá uno)
☐ Todo el año ☐ Ligeramente grueso (Nivel 2) ☐ Blanda y Tamaño Bocado (Nivel 6)
☐ Temporal: Inicio _____ Para _____ ☐ Moderadamente espesa (Nivel 3) ☐ Molida y Húmeda (Nivel 5)
☐ Extremadamente Grueso (Nivel 4) ☐ Triturado (Nivel 4)

III. Suplemento: ☐ NINGUNO

☐ ONG ☐ Suplemento para acompañar la dieta oral
☐ Boost Kid Essentials 1.5 ☐ Pediasure ☐ Pediasure con fibra ☐ Pediasure con fibra 1.5 ☐ Pediasure enteral con fibra 1.0
☐ Otros: _____ *Los suplementos no mencionados anteriormente pueden tardar hasta 6 semanas en procesarse.

Dosis por comida (OBLIGATORIO): _____ Desayuno _____ Comida _____ Merienda después del colegio

IV. Orden de la dieta terapéutica: Por favor, proporcione detalles específicos según sea necesario. _____

C. ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER COMPLETADA POR EL MÉDICO LICENCIADO / AUTORIDAD MÉDICA QUE LA PRESCRIBE

Certifico que el estudiante mencionado necesita adaptaciones dietéticas especiales, como se ha descrito, debido a su discapacidad y/o alergia alimentaria o intolerancia/alergia alimentaria que pone en peligro su vida, según se indique.

*Firma de un médico/autoridad médica licenciada: _____ ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA ☐ RD/RDN
*Nombre impreso del médico/autoridad médica autorizada: _____ Fecha: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección: _____

Envía el formulario completo a la enfermera de la escuela. Por favor, envíe un Formulario de Solicitud de Médico cada ciclo escolar. Por favor, permita dos semanas laborables para el procesamiento. Envíe los formularios completos por fax al (713) 491-5998. Contacte a SSPECIALDIETS@houstonisd.org si tiene preguntas.

De conformidad con la legislación federal en materia de derechos civiles y con las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) en materia de derechos civiles, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias o represalias por actividades relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Las soluciones y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre los programas (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en los programas del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en <https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/> how-file-program-discrimination-complaint y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario o la carta completados al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.