



Solicitud del Médico Para Adaptaciones de Dieta Especial

Fecha: _____
Año escolar: _____

Para que este formulario sea aceptado, todas las secciones deben completarse en su totalidad. * Indica un campo obligatorio.

A. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL.

*Apellido: _____ *Nombre: _____ Fecha nacimiento: ____ / ____ / ____
*Escuela: _____ Grado: _____ ID Estudiante: _____
Padre/Madre/tutor: _____ Teléfono: _____
Enfermera escolar: _____ Teléfono: _____

Autorizo a Servicios de Salud/Nutrición a hablar con el médico o autoridad médica autorizada sobre las necesidades dietéticas descritas.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

B. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL ** SOLICITUD ANUAL

☐ Solicito sustitución de la leche líquida por necesidad dietética especial.

Explique: _____

☐ Solicito adaptaciones de alimentos por prácticas religiosas o culturales.

Explique: _____

C. AUTORIDAD MÉDICA QUE PRESCRIBE / DIETISTA REGISTRADO

☐ SÍ ☐ NO *Si se selecciona SÍ, el formulario deberá ser completado y firmado por una autoridad médica o un dietista registrado.*

* ¿Tiene el niño una discapacidad y/o alergia alimentaria anafiláctica que ponga en peligro su vida?

* Si sí, principales actividades de la vida diaria afectadas: _____

* DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

ADAPTACIONES NECESARIAS

I. Restricciones necesarias:

☐ NINGUNA

^ La leche sin lactosa es la sustitución estándar cuando se omite la leche líquida.

- | | |
|---|--|
| ☐ Sin leche líquida ^ | ☐ Sin proteínas de leche ni ingredientes lácteos (en productos horneados, etc.) |
| ☐ No se permiten productos lácteos (yogur, queso) | ☐ Sin huevo como ingrediente |
| ☐ Sin huevos enteros | ☐ Sin trigo/gluten |
| ☐ Sin cacahuets/maní | ☐ Sin nueces de árbol |
| ☐ Sin alimentos procesados en instalación con nueces | ☐ Sin sésamo |
| ☐ Sin pescado | ☐ Sin maíz entero |
| ☐ Otro: _____ | ☐ Sin derivados del maíz |
| ☐ Sin mariscos | |

Sustituciones: _____

II. Modificación de textura

☐ NINGUNA

Si se requiere, habrá una reunión con el padre/madre/tutor, enfermera y Servicios de Nutrición.

Duración

- ☐ Todo el año
☐ Temporal: Inicio _____ Fin _____

Líquidos:

- ☐ Ligeramente espesados (nivel 2)
☐ Moderadamente espesados (nivel 3)
☐ Extremadamente espesados (Nivel 4)

Sólidos: (elige uno)

- ☐ Suaves/trozos pequeños (nivel 6)
☐ Picados y húmedos (nivel 5)
☐ Hechos Puré (Nivel 4)

D. CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que el estudiante necesita las adaptaciones dietéticas indicadas debido a una discapacidad y/o alergia o intolerancia alimentaria que ponga en peligro su vida.

*Firma del médico/autoridad médica o dietista registrado

Fecha

*Nombre

Tel.

Fax

Dirección

Envío: Entregue el formulario a la enfermera escolar. Presente un nuevo formulario cada año escolar. Cualquier cambio o interrupción debe presentarse por escrito. Espere dos semanas hábiles para el procesamiento. Preguntas: CNS@wacoisd.org

AVISO DE DERECHOS CIVILES DEL USDA: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.