

Informe médico para modificación del consumo de alimentos

¡Importante! Lea cuidadosamente y siga los procedimientos para solicitar una adaptación especial en el consumo de alimentos. La escuela/centro devolverá los Formularios de Preferencias Dietéticas sin completar al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, el contacto de la escuela/centro mencionado en la Parte A lo ayudará.

Las escuelas y agencias que participen en los programas sobre el consumo de alimentos en la nutrición infantil **DEBEN** cumplir con las solicitudes para necesidades dietéticas especiales y el equipo adaptativo sin cargo adicional para niños con discapacidad documentada o necesidad médica. Si esta es una alergia a algún alimento que representa una amenaza para la vida y que resulta en anafilaxis, asegúrese de que el personal de enfermería complete el formulario Plan de Acción en Caso de Alergias y Anafilaxis.

Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada: un médico colegiado (MD o DO), enfermera especializada (advanced practice nurse, APN) autorizada para prescribir (prescriptive authority, RXN) o asistente médico (physician assistant, PA) deberá firmar un formulario de solicitud completado.

Las modificaciones del consumo de alimentos continuarán hasta que un médico colegiado, enfermera especializada autorizada para prescribir o asistente médico solicite que se cambien o detengan dichas modificaciones en el Formulario de Descontinuación, que está disponible en la escuela o centro. Se recomienda ampliamente que la orden dietética recetada se actualice anualmente con un formulario nuevo.

Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/centro – El padre/tutor o la persona contacto de la escuela/centro deberá completarlo.			
1. Nombre del estudiante:		2. Fecha de nacimiento:	3. Escuela/centro:
4. Nombre del padre/tutor:		5. Nro. de teléfono del padre/tutor:	
6. Nombre del contacto de la escuela/centro: Zoie Barcus, RDN; (719) 460-0720 o zbarcus@hsd2.org		7. Correo electrónico:	
Parte B. Orden dietética recetada con necesidad médica documentada – Esto deberá completarlo un profesional médico colegiado como se especificó anteriormente. Deben completarse todas las secciones.			
1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta de su hijo (REQUERIDO) :			
2. ¿Cuál actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica del estudiante? (REQUERIDO) Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar.			
3. Tipo de dieta especial: <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O especifique el tipo de dieta especial (por ej., sodio bajo, sin gluten, diabetes, etc.)			
4. Textura modificada:		<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Picada
5. Espesor modificado para los líquidos:		<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Néctar
		<input type="checkbox"/> Molida	<input type="checkbox"/> En puré
		<input type="checkbox"/> Miel	<input type="checkbox"/> En cuchara o el mismo espesor del pudín
6. Equipo especial para alimentación: <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O mencione el equipo especial para alimentación (por ej., cuchara con mango ancho, vaso de entrenamiento, etc.).			
7. Alimentos que deben omitirse o substituirse (REQUERIDO) : Enumere los alimentos que deben omitirse o substituirse. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.			
Omitir los alimentos señalados a continuación: (REQUERIDO)	Substituir los alimentos señalados a continuación: (REQUERIDO)	Alergia a huevos (si aplica, marque uno):	Intolerancia a la lactosa (si aplica, marque uno):
		<input type="checkbox"/> Omitir huevos completamente <input type="checkbox"/> Se permite huevos en productos cocidos	<input type="checkbox"/> No tomar leche líquida <input type="checkbox"/> No queso <input type="checkbox"/> No yogur <input type="checkbox"/> No ingredientes lacteos (No leche en productos como pan, repostería, etc.)
Información del médico colegiado/enfermera especializada autorizada para prescribir/médico asistente (REQUERIDO)			
Firma (REQUERIDO) :		Cargo (REQUERIDO) :	
Nombre en letra de imprenta (REQUERIDO) :		Nro. de teléfono (REQUERIDO) :	Fecha:
Permiso del padre/tutor legal – Deberá completarlo el padre o tutor legal. (REQUERIDO)			
Autorizo al personal de la escuela o centro responsable para implementar la orden dietética recetada de mi hijo para que se discutan las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal adecuado de la escuela o centro. Asimismo, autorizo al médico colegiado de mi hijo, la enfermera especializada autorizada para prescribir o al asistente médico a ofrecer detalles sobre la orden dietética recetada en este formulario si el personal de la escuela/centro le solicita hacerlo.			
Firma del padre/tutor legal y fecha:			