



Every child is a work of art.
Create a masterpiece.

Petición Médica para Adaptación Dietética Especial

Alexandra TePoel RD, CDN

Coordinador de Nutrición Escolar

Apreciados Padres/Tutor:

Estamos complacidos de que _____ Fecha de Nacimiento _____ va a estar participando en el Programa de Nacional de Desayuno Escolar y/o el Programa Nacional de Almuerzo Escolar en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester. Nuestras comidas están diseñadas para proveer un tercio de las dietéticas recomendadas para los nutrientes principales. Nosotros estamos preparados para ofrecer modificaciones a nuestro menú regular para dar cabida a las condiciones en las que se indica una terapia de dieta. El Departamento de Agricultura de E.U. requiere que tengamos un receta de dieta firmada de una autoridad médica autorizada.

Todas las secciones deben ser completadas antes de que el formulario sea aceptado.

Fecha: _____

Parte I (Para ser completado por los Padres/Tutor)

Nombre de estudiante (Apellido): _____ (Nombre): _____ Fecha de Nac.: ___/___/___

Escuela a la que asiste: _____ Grado: _____ # ID de estudiante: _____

¿Qué comidas comerá el niño(a) en la escuela (favor de circular)? Desayuno Almuerzo Merienda después de clase

Enfermera escolar/Enfermera consultora: _____ Información de contacto: _____

Padres/Tutor: _____ Número de teléfono: _____ Email: _____

Doy mi permiso a los Servicios de Salud/Servicios de Alimentos para hablar con el Médico o Autoridad Médica

Autorizada abajo mencionada para discutir las necesidades dietéticas descritas abajo y en la siguiente página.

Firma/Fecha de Padres/Tutor: _____

Parte II (Para ser completado por la Enfermera Escolar o el Médico) (Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990, una "persona con una discapacidad" es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más actividades de la vida, tiene un récord de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento.)

¿Tiene el niño(a) una discapacidad? Sí No

Si contesta sí, favor de describir las actividades de la vida afectadas por la discapacidad: _____

¿Tiene el niño(a) una alergia a un alimento potencialmente mortal? Sí No

Si contesta sí a cualquiera de las preguntas de arriba, la Parte III debe ser completada y firmada por un Médico con Licencia. Si contesta no a ambas preguntas, la Parte III puede ser completada y firmada por un Médico con Licencia o Autoridad Médica Autorizada.

Parte III (Para ser completada por un Médico con Licencia o Autoridad Médica Autorizada [i.e. Asistente Médico o Enfermera Práctica Superior])

Diagnóstico Médico: _____

Alimentos a ser omitidos:

___ Leche fluida ___ Todos los productos lácteos ___ Toda la proteína de leche (casein, whey, etc.)
___ Proteína de soya

___ Trigo ___ Gluten ___ Huevos ___ Toda la proteína del huevo (albúmina, etc.)

___ Mariscos ___ Maíz (como ingrediente principal) ___ Todos los aditivos de maíz (dextrina, color de caramel, etc.)

___ Maní ___ Todas las nueces ___ Todos los alimentos producidos en una facilidad con productos que contienen nueces

___ Otro (favor de especificar) _____

Alimentos a ser sustituidos: _____

(Para los estudiantes sin discapacidades que no pueden tomar leche fluida, los servicios de alimentos escogerán el sustituto de leche más adecuado.)

Nombre de la Autoridad Médica (letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección electrónica:

Enviar los formularios completados a la enfermera escolar/enfermera consultora.

Cualquier cambio de tratamiento debe ser solicitados por escrito por un médico. Para asegurarse de que la petición es procesada antes del primer día de clases, someta la petición no más tarde de un mes antes del primer día de clases.

(“De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de E.U., a esta institución se le prohíbe discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad (No todas las bases prohibidas aplican a todos los programas.) Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call (202)720-5964 (voice and TDD). USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.”)