



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

Suellen Pineda, MA, RDN, CDN
Coordinadora de Nutrición Escolar

Solicitud del Médico para Modificaciones Dietéticas Especiales

Estimado Padre/Encargado:

Nos complace que _____, Fecha de Nacimiento _____, participará en el Programa Nacional de Desayunos Escolares y/o en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester. Nuestras comidas están diseñadas para proporcionar un tercio de las raciones dietéticas recomendadas para los principales nutrientes. Estamos preparados para ofrecer modificaciones a nuestro menú regular para adaptarnos a las condiciones en las que está indicada la terapia dietética. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos requiere que tengamos una prescripción dietética firmada por una autoridad médica autorizada.

Todas las secciones deben completarse totalmente antes de que el formulario sea aceptado.

Fecha: _____

Parte I (para ser completada por el padre / encargado)

Nombre del Estudiante (Apellido): _____ (Nombre): _____ Fec. Nac.:
____/____/____

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

¿Qué comidas recibirá el niño en la escuela (marque con un círculo)? Desayuno / Almuerzo / Refrigerio después de la escuela

Enfermera escolar/ Enfermera asesora: _____

Información de contacto: _____

Doy permiso a los Servicios de Salud / Servicios de Alimentos para hablar con el médico que se indica a continuación o la autoridad médica autorizada para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación y en la página siguiente.

Firma de Padres/Encargados, Fecha: _____

Parte II (Para ser completado por la enfermera de la escuela o el médico) (Según el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, una "persona con discapacidad" es cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades de la vida, que tenga un registro de dicho impedimento o que se considere que tiene dicho impedimento.)

¿Tiene el niño una discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, describa las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad:

¿Tiene el niño una alergia alimentaria potencialmente mortal? Sí:_____No:_____

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, la Parte III debe ser completada y firmada por un médico autorizado. Si la respuesta a ambas preguntas es negativa, la Parte III podría ser completada y firmada por un médico autorizado o una autoridad médica reconocida.

Parte III (para ser completada por un médico con licencia o una autoridad médica reconocida [es decir, asistente médico o enfermera de experiencia avanzada])

Diagnóstico médico: _____

Alimentos que se deben omitir:

_____Leche líquida_____Productos lácteos_____Proteínas de leche (caseína, suero, etc.)_____Proteína de soya

_____Trigo _____Gluten_____Huevos_____Proteínas del huevo (albúmina, etc.)_____Mariscos

_____Maíz (como ingrediente principal)_____Aditivos de maíz (dextrina, color caramelo, etc.)_____Maní

_____Todas las nueces_____Alimentos producidos en una instalación con productos que contienen nueces

_____Otros (Por favor sea específico) _____

Alimentos a sustituir: _____

(Para los estudiantes sin discapacidades que no pueden tomar leche líquida, los servicios de alimentos elegirán el sustituto de leche más apropiado.)

Nombre de la autoridad médica (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo:

Envíe / entregue los formularios completados a la enfermera de la escuela / asesora de enfermería en la escuela de su hijo.

Cualquier cambio de tratamiento debe ser solicitado por escrito por el médico. Para asegurarse que la solicitud se procese antes del primer día de clases, envíe la solicitud a más tardar un mes antes del primer día de clases.

(“De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad (no todos los motivos prohibidos se 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 o llame al (202)720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.”)