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

Solicitud para Modificaciones Alimentarias Especiales

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

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. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos requiere que tengamos una prescripción alimentaria firmada por una autoridad médica autorizada, en caso donde modificaciones alimentarias sean necesarias.

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

Fecha: _____

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

Apellido del estudiante:_____Nombre: _____ Fecha Nac.: _____/_____/_____

Escuela a la que asiste:_____Grado:_____ID#:_____

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 estudiante una discapacidad? Si: _____ No: _____

¿Tiene el estudiante una alergia alimentaria? Si: _____ No:_____

¿Tiene el estudiante una intolerancia alimentaria? Si: _____ No: _____

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, la Parte III debe ser completada y firmada por un(a) profesional de salud con licencia, es decir, Doctor (MD), Asistente médico (PA), o Enfermera(o) (RN/NP), y Dietista-Nutricionista Registrada(o) (RDN).

Parte III Diagnóstico: _____

Alimentos por omitir:

_____ Leche (proteínas de lácteos) debido a **alergia** _____ Lactosa debido a **intolerancia**

*En caso de intolerancia a la lactosa, ¿Puede el estudiante tolerar porciones pequeñas de otros alimentos que contienen lactosa como el yogurt o queso? Si: _____ No: _____

_____Maní/Cacahuate _____Soya _____ Mariscos Crustáceos

_____Nueces _____ Huevos _____ Ajonjolí/sésamo

_____Trigo _____ Maíz

_____Gluten _____ Pescado

_____Otros (**sea específico**) _____

Substitutos recomendados: _____

Parte IV Favor proveer una explicación breve sobre los efectos que la exposición del alérgeno(s) causa en el estudiante: _____

_____

Nombre de la autoridad médica:_____

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.