

# Declaración médica para la modificación de comidas

**¡Importante!** Lea cuidadosamente, y siga los procedimientos para solicitar una modificación especial para comidas. La escuela/ instalación devolverá las declaraciones médicas incompletas al padre de familia /tutor legal. Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, la persona de contacto del distrito que se menciona en la Parte A, más adelante, lo podrá ayudar.

Las escuelas y agencias que participan en los programas de comidas de nutrición estudiantil **DEBEN** satisfacer las solicitudes de necesidades dietéticas especiales, así como el equipo de adaptación, sin cargo adicional, para niños con una discapacidad documentada y/o necesidad médica. Si se trata de una alergia alimentaria que pudiera poner en peligro la vida provocando anafilaxia, asegúrese de que el personal de enfermería de la escuela/instalación complete el Plan de Acción para Alergias y Anafilaxia.

**Solicitudes para estudiantes con una necesidad médica documentada:** Un formulario de solicitud llenado en su totalidad debe estar firmado por un médico con licencia (MD o DO), una enfermera de práctica avanzada (APN) con autoridad para prescribir (RXN), un asistente médico profesional (PA) o un dietista registrado (RD). La modificación de la comida continuará hasta que un médico con licencia, una enfermera de práctica avanzada con autoridad para prescribir, un asistente médico profesional, o un dietista registrado solicite que dichas modificaciones se cambien o suspendan en el Formulario de discontinuación ("Discontinuation Form"), el cual está disponible en la escuela/instalación.

**Los padres de familia/tutores legales deben comunicarse anualmente (antes del inicio del nuevo año escolar) para confirmar que la modificación de comidas en el archivo refleja las necesidades dietéticas actuales del estudiante, al igual que la escuela a la que asiste su hijo(a) en ese año escolar. Cualquier cambio a lo largo del año académico se debe comunicar. Se recomienda enfáticamente que la orden de dieta que se ha prescrito se actualice anualmente en un formulario nuevo.**

<b>Parte A. Información de contacto del estudiante, padre de familia/tutor legal y escuela/instalación:</b> La debe llenar el padre de familia/tutor legal.						
1. Nombre del estudiante:		2. Fecha de nacimiento:		3. Escuela/Instalación:		
4. Nombre del padre de familia/tutor legal:			5. Teléfono del padre de familia/tutor legal:			
6. Nombre de la persona de contacto del distrito: <b>Becky Wiggins, RD, Coordinadora de Nutrición del PSD</b>			7. Teléfono de la persona de contacto del distrito: <b>970-490-3348; rwiggins@psdschools.org</b>			
<b>Parte B. Orden de dieta prescrita para estudiantes con una necesidad médica documentada:</b> La debe llenar un profesional médico con licencia, como se especificó anteriormente. Todas las secciones se deben contestar.						
1. Especifique la necesidad médica y cómo restringe la dieta del estudiante:						
2. ¿Qué actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica de este estudiante? Ejemplo: La alergia al maní o cacahuete afecta la capacidad respiratoria.						
3. Tipo de dieta especial:						
4. Textura modificada: <input type="checkbox"/> Sin restricciones		<input type="checkbox"/> IDDSI 7: Fácil de masticar	<input type="checkbox"/> IDDSI 6: Suave / tamaño de un bocado	<input type="checkbox"/> IDDSI 5: Picado y jugoso	<input type="checkbox"/> IDDSI 4: Puré	<input type="checkbox"/> IDDSI 3: Puré fino
5. Líquidos modificados: <input type="checkbox"/> Sin restricciones		<input type="checkbox"/> Sin líquidos	<input type="checkbox"/> IDDSI3: Moderadamente espeso	<input type="checkbox"/> IDDSI 2: Levemente espeso	<input type="checkbox"/> IDDSI 1: Ligeramente espeso	
6. Restricción en la toma de líquidos: <input type="checkbox"/> Marque si no corresponde						
7. Equipo de alimentación especial: <input type="checkbox"/> Marque si no corresponde						
8. En el caso de alergia, intolerancia o sensibilidad al huevo y la leche (Marque todo lo que corresponda.):						
<b>Leche, por favor aclare:</b> <input type="checkbox"/> No usar leche líquida. <input type="checkbox"/> No usar queso. <input type="checkbox"/> No usar yogur. <input type="checkbox"/> No usar ingredientes lácteos (es decir, no agregar leche al hornear productos como pan, muffins, panecillos, etc.).			<b>Huevos, por favor aclare:</b> <input type="checkbox"/> Solo huevos enteros (hervidos, revueltos) <input type="checkbox"/> Todos los alimentos que contengan huevos. <input type="checkbox"/> Algún otro _____			
9. Alimentos que se deben omitir y sustituir: Anote los alimentos específicos que se deben omitir y sustituir. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.						
Omitir los alimentos que se anotan a continuación:			Sustituir los alimentos que se anotan a continuación:			
<b>Información del médico con licencia/enfermera de práctica avanzada con autoridad para prescribir/asistente médico profesional/o dietista registrado</b>						
Firma:			Título:			
Nombre (Usar letra de imprenta):			Teléfono:		Fecha:	
<b>Permiso del padre de familia/tutor legal:</b> Lo debe llenar el padre de familia o tutor legal.						
Doy permiso para que el personal de la escuela/instalación responsable de implementar la orden de dieta prescrita para mi hijo(a) hable sobre las modificaciones dietéticas especiales de él o ella con el personal apropiado de la escuela/instalación. También doy permiso para que el médico con licencia, la enfermera de práctica avanzada con autoridad para prescribir, el asistente médico profesional, o un dietista registrado de mi hijo(a) aclare a profundidad la orden de la dieta prescrita en este formulario, si así lo solicita el personal de la escuela/instalación.						
Firma y fecha del padre de familia/tutor legal						