

Solicitud médica para realizarle modificaciones especiales a la dieta de un menor

Fecha: _____

No se aceptará el formulario si no se han llenado todas las secciones. El * indica dato requerido.

Ciclo escolar: _____

A. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE O TUTOR

*Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Escuela: _____ Grado: _____ ID: _____

Padre o tutor: _____ Teléfono: _____

Enfermera de la escuela: _____ Teléfono: _____

Doy mi autorización para que los Servicios de Nutrición de Doral Academy hablen con el doctor o la autoridad médica que se menciona más adelante para discutir las necesidades de alimentación que se describen a continuación:

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

B. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

* ¿Tiene el niño una discapacidad o una alergia alimentaria que podría provocarle anafilaxis o poner en peligro su vida? SÍ NO *Si marcó SÍ, un médico licenciado debe llenar y firmar este formulario.*

*Si respondió SÍ, indique las actividades importantes afectadas por la discapacidad: _____

***DIAGNÓSTICO MÉDICO:** _____

MODIFICACIONES NECESARIAS

[^]La leche de soya es la sustitución estándar cuando se omite la leche líquida de origen animal.

I. Restricciones necesarias: NINGUNA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No consumir leche de origen animal líquida ^a | <input type="checkbox"/> No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.) | <input type="checkbox"/> No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.) |
| <input type="checkbox"/> No consumir huevo entero | <input type="checkbox"/> No usar huevos como ingrediente | |
| <input type="checkbox"/> No consumir trigo o gluten | <input type="checkbox"/> No consumir soya | |
| <input type="checkbox"/> No consumir maní | <input type="checkbox"/> No consumir frutos secos (<i>Doral no incluye maní o frutos secos en sus menús</i>). | |
| <input type="checkbox"/> No consumir alimentos procesados en instalaciones donde haya habido nueces | | |
| <input type="checkbox"/> No consumir mariscos | | |
| <input type="checkbox"/> Otras (anote) _____ | | |

Alimentos sustitutos _____

II. Modificación de la textura: NINGUNA

Duración: (*marque una*)

- Durante todo el año
- Temporalmente: Iniciar _____ Terminar _____

Líquidos: (*marque una*)

- Levemente espeso (Nivel 2)
- Medianamente espeso (Nivel 3)
- Sumamente espeso (Nivel 4)

Sólidos: (*marque una*)

- Blando y tamaño de bocado (Nivel 6)
- Molido y húmedo (Nivel 5)
- Hecho puré (Nivel 4)

III. Suplementos: NINGUNA

- Nil per os (No ingerir nada por vía oral) Algún suplemento acompañará la dieta oral
- Boost Kid Essentials 1.5 Pediasure Pediasure con fibra Pediasure con fibra 1.5 Pediasure Enteral con fibra 1.0
- Otro: _____ *Podría tomar hasta 6 semanas incorporar suplementos que no se hayan indicado anteriormente.

Dosis por alimento (ES REQUISITO): ____Desayuno ____Almuerzo ____Colación al término de las clases

IV. Orden de dieta terapéutica: Por favor ofrezca datos específicos: _____

C. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

Yo certifico que el estudiante que se menciona arriba necesita las modificaciones dietéticas descritas, dado que presenta una discapacidad o una alergia alimentaria severa provocada por alimentos que ponen en riesgo su vida, como ya se ha mencionado.

MD DO NP PA

*Firma del doctor o autoridad médica

Fecha

*Nombre del doctor o autoridad médica

Teléfono

Fax

Domicilio

Entregue el forma lleno a la enfermera de la escuela. Deberá presentar uno nuevo cada año. Todo cambio o terminación de tratamiento debe comunicarse por escrito, de parte del médico. El trámite toma dos semanas. Mande la forma por fax a (210) 541-0049. Contacte mike.jones@somersetacademytx.org con preguntas.