

Informe médico para modificación del consumo de alimentos

¡Importante! Lea cuidadosamente y siga los procedimientos para solicitar una adaptación especial en el consumo de alimentos. La escuela/centro devolverá los Formularios de Preferencias Dietéticas sin completar al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, el contacto de la escuela/centro mencionado en la Parte A lo ayudará.

Las escuelas y agencias que participen en los programas sobre el consumo de alimentos en la nutrición infantil **DEBEN** cumplir con las solicitudes para necesidades dietéticas especiales y el equipo adaptativo sin cargo adicional para niños con discapacidad documentada o necesidad médica. Si esta es una alergia a algún alimento que representa una amenaza para la vida y que resulta en anafilaxis, asegúrese de que el personal de enfermería complete el formulario Plan de Acción en Caso de Alergias y Anafilaxis.

Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada: un médico colegiado (MD o DO), enfermera especializada (advanced practice nurse, APN) autorizada para prescribir (prescriptive authority, RXN) o asistente médico (physician assistant, PA) deberá firmar un formulario de solicitud completado.

Las modificaciones del consumo de alimentos continuarán hasta que un médico colegiado, enfermera especializada autorizada para prescribir o asistente médico solicite que se cambien o detengan dichas modificaciones en el Formulario de Descontinuación, que está disponible en la escuela o centro. Se recomienda ampliamente que la orden dietética recetada se actualice anualmente con un formulario nuevo.

| | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|
| Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/centro – El padre/tutor o la persona contacto de la escuela/centro deberá completarlo. | | | | |
| 1. Nombre del estudiante: | | 2. Fecha de nacimiento: | | 3. Escuela/centro: |
| 4. Nombre del padre/tutor: | | 5. Nro. de teléfono del padre/tutor: | | |
| 6. Nombre del contacto de la escuela/centro: | | 7. Nro. de teléfono del contacto de la escuela/centro: | | |
| Parte B. Orden dietética recetada con necesidad médica documentada – Esto deberá completarlo un profesional médico colegiado como se especificó anteriormente. Deben completarse todas las secciones. | | | | |
| 1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta de su hijo: | | | | |
| 2. ¿Cuál actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica del estudiante? Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar. | | | | |
| 3. Tipo de dieta especial: <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O especifique el tipo de dieta especial (por ej., sodio bajo, sin gluten, diabetes, etc.) | | | | |
| 4. Textura modificada: | <input type="checkbox"/> No aplica | <input type="checkbox"/> Picada | <input type="checkbox"/> Molida | <input type="checkbox"/> En puré |
| 5. Espesor modificado para los líquidos: | <input type="checkbox"/> No aplica | <input type="checkbox"/> Néctar | <input type="checkbox"/> Miel | <input type="checkbox"/> En cuchara o el mismo espesor del pudín |
| 6. Equipo especial para alimentación: _____ <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O mencione el equipo especial para alimentación (por ej., cuchara con mango ancho, vaso de entrenamiento, etc.). | | | | |
| 7. Alimentos que deben omitirse o substituirse: Enumere los alimentos que deben omitirse o substituirse. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional. | | | | |
| Omitir los alimentos señalados a continuación: | | | Substituir los alimentos señalados a continuación: | |
| | | | | |
| Información del médico colegiado/enfermera especializada autorizada para prescribir/médico asistente | | | | |
| Firma: | | | Cargo: | |
| Nombre en letra de imprenta | | | Nro. de teléfono: | Fecha: |
| Permiso del padre/tutor legal – Deberá completarlo el padre o tutor legal. | | | | |
| Autorizo al personal de la escuela o centro responsable para implementar la orden dietética recetada de mi hijo para que se discutan las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal adecuado de la escuela o centro. Asimismo, autorizo al médico colegiado de mi hijo, la enfermera especializada autorizada para prescribir o al asistente médico a ofrecer detalles sobre la orden dietética recetada en este formulario si el personal de la escuela/centro le solicita hacerlo. | | | | |
| Firma del padre/tutor legal y fecha: | | | | |