

# Declaracion Medica para Dietas Especiales

Para poder modificar o sustituir la comida escolar de su hijo(a), por favor consiga que una autoridad medica reconocida por el estado complete este formulario en su totalidad.

## Parte I (Favor de completarse por el Padre/Tutor)

Numero de ID de estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante (Apellido): \_\_\_\_\_ (Primer Nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escuela de estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Qué comidas comerá el niño en la escuela? (porfavor de circular lo que corresponda): **Desayuno Comida Merienda despues de la escuela**

Padre/ Tutor: (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Doy permiso a Servicios Estudiantiles/Nutricion Infantil para hablar con la autoridad medica mencionada a continuacion para discutir las necesidades dieteticas que se describen a coninuacion.

Firma Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Parte II (Solo puede ser completado por una autoridad medica reconocida por el estado)

Provee una descripcion breve de como la ingestion, el contacto, la inhalacion y / o la exposicion a los alimentos afectan al niño(a):

El/La niño(a) tiene una alergia alimentaria potencialmente mortal? Si No **En caso que Si. Se le ha recetado un Epi-Pen? Si No**  
En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, la Parte II debe ser completada y firmada por una autoridad medica reconocida por el estado. Si responde no a ambas preguntas, no es necesario que se realicen adaptaciones a traves de los Servicios de Nutricion Infantil.

Alimentos que se deben omitir de la dieta de este(a) niño(a):

- Leche Liquida\*    Leche en productos Horneados    Todos los productos lacteos (queso, yogurt)    Toda proteina de la leche (whey, casein, etc.)  
 Trigo    Gluten    Maiz (como ingredient principal)    Todos los aditivos de maiz (dextrose, dextrin, caramel color, etc.)  
 Cacahuete    Pescado    Proteina de Soya    Derivante de Soya (aceite de soya, soy lecithin, soy albumin, etc.)  
 Todas las nuece    Mariscos    Fruta: \_\_\_\_\_    Vegetales: \_\_\_\_\_  
 Coco    Huevo Entero    Huevo en productos horneados    Toda proteina de Huevo (albumin, globulin, lysozyme, etc.)  
 Otro (porfavor especifique): \_\_\_\_\_

Este niño(a) necesita sentarse en una mesa libre de cacahuates o libre de alergias en la cafeteria? Si No

Alimentos/ bebidas que se pueden utilizar como sustitutos: \_\_\_\_\_

Modificacion de textura:  Suave    Picado/ molido    Pure    Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Esta solicitud de dieta es: \_\_\_\_\_ **Permanente** (esta orden de dieta permanecera vigente durante el tiempo que el estudiante este inscrito en LESD. Se requerira una nueva orden de dieta para cambiar cualquier aspect de la informacion proporcionada en esta orden de dieta).

Esta solicitud de dieta es: \_\_\_\_\_ **Temporal** (esta orden de dieta es efectiva para el año escolar actual. Se requerira un Nuevo formulario anualmente).

Nombre de la autoridad medica: (porfavor escribir en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma de la autoridad medica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Envie los formularios completos a los Servicios de Nutricion Infantil. Si se produce algun cambio de dieta del niño(a), comuniquese con el departamento de Nutricion Infantil de inmediato. Es posible que se requiera un nuevo formulario. Si tiene preguntas, comuniquese con los Servicios de Nutricion Infantil. Envie el formulario complete a los Servicios de Nutricion Infantil del Distrito Escolar Primario de Laveen por fax o correo electronico. Telefono: 602-237-9100 Fax: 602-237-7408 Email: [specialdiets@laveenld.org](mailto:specialdiets@laveenld.org).

Las adaptaciones pueden tardar hasta 10 dias habiles en comenzar.

Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Si tu hijo es intolerante a lactosa y puede tomar leche sin lactosa o de soya, no se requiere la firma de una autoridad medica.

Cualquier otro alojamiento requiere la firma de una autoridad medica reconocida por el estado.

**INSTRUCCIONES****Parte I (llenado por el padre o tutor):**

**Nombre de estudiante:** Escriba el apellido y nombre del estudiante en los espacios correspondientes.

**Fecha de nacimiento:**

Escriba la fecha de nacimiento de seis dígitos del estudiante, por ejemplo, 21 de Mayo de 1988 = 21/05/88.

**Escuela a la que asistió:** Escriba el nombre de la escuela a la que el estudiante asiste actualmente .

**Circule las comidas que el estudiante come durante la escuela:** Puede marcar con un círculo varias opciones. Marque con un círculo incluso si el niño solo come las comidas ocasionalmente.

**Padre/ Tutor:** Escriba el nombre completo de los padres o tutores legales del estudiante.

**Numero de telefono:** Escribir número completo, incluyendo los códigos de área y el número de teléfono de los padres/tutores.

**Correo Electronico:** Escribir correo electrónico completo del padre/tutor.

**Firma del padre/tutor:** Ingrese la firma del nombre de uno de los padres o tutor legal. Escribir la fecha en que se firmó el formulario.

**Parte II (para ser llenado por autoridad médica):**

**Condición Médica:** Escriba el diagnóstico clínico del paciente para la condición que requiere modificación dietética. Marque con un círculo Si o No si la condición médica restringe la dieta del paciente.

**Explique como la condición médica restringe su dieta:** Escriba una descripción de la condición del paciente relacionada con la modificación de la dieta. Indicar la modificación de la dieta necesaria y especificar los cambios a realizar.

Marque Si o No si el paciente/alumno tiene alergia alimentaria.

Marque todos los alimentos que deben omitirse debido a una alergia alimentaria, una condición médica o una discapacidad. Si el artículo no está en la lista, complete los alimentos adicionales en "otro".

**Alimentos a sustituir:** Indique que sustituciones de alimentos, si corresponde, deben realizarse en relación con la condición médica o la alergia alimentaria.

**Modificación de textura:** Marque la textura adecuada si las comidas deben tener una modificación de textura específica. Omita esta parte si no es necesario debido a la condición médica o la alergia alimentaria.

**Se requieren otras modificaciones dietéticas:** Proporcione una explicación de lo que se debe hacer para acomodar al niño/a si no está en la lista anterior. Por ejemplo, esto podría incluir modificaciones calóricas relacionadas con una condición médica.

Compruebe si la dieta es permanente o temporal. El orden de la dieta es permanente si el niño/a necesitara modificaciones dietéticas por el resto de su vida. El orden de la dieta es temporal si la modificación de la dieta es necesaria durante un año o menos.

**Nombre de la autoridad médica:** Escriba en letra de molde el nombre de la autoridad médica que llene el formulario.

**Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que llene el formulario y la fecha de la firma. Escriba el teléfono, fax y dirección postal de la autoridad médica.

**Autoridad médica reconocida:** Los siete profesionales médicos que se mencionan a continuación pueden llenar y firmar una declaración médica para las adaptaciones de comidas en los programas de Nutrición Infantil administrados en Arizona.

- Médicos (A.R.S. §§ 32-1451(N), 32-1491)
- Auxiliares Médicos (A.R.S. § 32-2532)
- Dentistas (see A.R.S. §§ 32-1263.01(E), 32-1298)
- Enfermeros Practicantes (A.R.S. § 32-1663(G))
- Médicos Homeopáticos (A.R.S. §§ 32-2934(O), 32-2951)
- Médicos Naturopatas (A.R.S. §§ 32-1501, 32-1551(I), 32-1581)
- Médicos Osteopatas (A.R.S. §§ 32-1855(J), 32-1871)