



FRESH FOOD. FRESH MINDS.

Galena Park ISD 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 Salud o los Servicios de Nutrición 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 provocar 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 lactose free la leche líquida de origen or Soy la leche

- I. Restricciones necesarias:** NINGUNA
- No consumir leche de lactose free ^ No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.) No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.)
 - No consumir huevo entero No usar huevos como ingrediente
 - No consumir trigo o gluten No consumir soya
 - No consumir maní No consumir frutos secos (*Tenga presente que HISD no incluye maní o frutos secos en sus menús.*)
 - No consumir alimentos procesados en instalaciones donde haya habido nueces No consumir mariscos
 - Otras (anote) _____
- Alimentos sustitutos _____

- II. Modificación de la textura:** NINGUNA Líquidos: (*marque una*) Sólidos: (*marque una*)
- Duración: (*marque una*)
- Durante todo el año Levemente espeso (Nivel 2) Blando y tamaño de bocado (Nivel 6)
 - Temporalmente: Iniciar _____ Terminar _____ Medianamente espeso (Nivel 3) Molido y húmedo (Nivel 5)
 - Sumamente espeso (Nivel 4) 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

Page 2 of 2

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 scan a ALGRANT@galenaparkisd.com con preguntas contacte 832-386-1549 or return to school nurse for further processing.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ecwo.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_308_Compilant_6-8-12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-3442; (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.