





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

**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: \_\_\_\_\_

*Doj 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 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**

<sup>^</sup>La leche de soya es la sustitución estándar cuando se omite la leche líquida de origen animal.

**I. Restricciones necesarias:**  NINGUNA

- No consumir leche de origen animal líquida<sup>^</sup>
- 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

Duración: (*marque una*)

- Durante todo el año
- Temporalmente: Iniciar \_\_\_\_\_ Terminar \_\_\_\_\_

Líquidos: (*marque una*)

- Claros (líquidos normales)
- Espeso como néctar
- Espeso como pudín

Sólidos: (*marque una*)

- Suavizado mecánicamente (picado)
- Suavizado mecánicamente (molido)
- Hecho puré (como la textura de puré de manzana)

**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 formulario 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. Nurses: fax completed forms to (713) 491-5998.