



# 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: \_\_\_\_\_

*Do my 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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No consumir leche de origen animal líquida <sup>^</sup>                    | <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>Tenga presente que HISD 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.*

\*Firma del doctor o autoridad médica \_\_\_\_\_ Fecha  MD  DO  NP  PA

\*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. contact NSSPE IA DIETS@houstonisd.org with questions.