

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**

\*Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ 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. (MD/DO)*

\* 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 incluir 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 usar soya como ingrediente  |   |
| <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"/> Sésamo o ajonjolí  |   |
| <input type="checkbox"/> No consumir mariscos   | <input type="checkbox"/> Maíz entero  | <input type="checkbox"/> Todos los derivados del maíz   |
| <input type="checkbox"/> Otras (anote) _____  |   |   |

Alimentos sustitutos \_\_\_\_\_

**II. Modificación de la textura:**  NINGUNO

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*)

- Blandos 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)  Suplemento que 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 aquí.*

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 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 fax a (713) 491-5998. Si tiene preguntas, envíe un email a NSSPECIALDIETS@houstonisd.org.*