

# Forma Médica para Estudiantes con Necesidades de Dieta Especial

La Forma de Dieta Especial es exclusiva para uso en el Programa Escolar Nacional WCPS de Desayuno, Almuerzo, Cena y Bocadillos administrado por el Departamento de Alimentación y Nutrición.

*Si su hijo requiere de consideraciones médicas especiales para una condición no relacionada con necesidades dietéticas, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.*

Esta forma de Alimentación y Nutrición se debe llenar y entregar a la enfermería de la escuela de su hijo si:

- 1) Su hijo es nuevo en WCPS y tiene una necesidad de dieta especial

***O***

- 2) Su hijo desarrolla una necesidad de dieta especial que no ha sido solicitada/reportada en el pasado

***O***

- 3) Las necesidades de dieta especial de su hijo necesitan cambio

# Instrucciones para llenar la

## Forma Médica para Estudiantes con Necesidades de Dieta Especial 2015

- **No es necesario enviar las formas cada año** – una vez que una forma ha sido enviada, la información seguirá al estudiante año tras año.
- **Se deberá enviar otra forma sólo si hay un cambio en las necesidades de dieta especial de una estudiante.**
- **Padres/Tutores** – Complete **SOLAMENTE** la Parte I
- **Doctores** – Completen la Parte II sólo si el estudiante requiere una dieta especial que es clasificada como una discapacidad o identificada medicamente como una alergia a alimentos. *(Cualquier información que se llene en la Sección II sin la firma del doctor y el número de teléfono será ignorada)*

Cuando existen alergias a alimentos, o cuando se requiere agua o jugo en lugar de leche líquida debido a una discapacidad, un doctor deberá completar la **Parte II** de esta forma indicando:

- El estudiante tiene una discapacidad identificada que requiere que él/ella tenga una dieta especial, y las comidas específicas que se deben omitir y/o incluir como parte de una dieta especial recetada
  - Si existe una discapacidad, las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad
  - Si tiene alergia a alimentos, si la vida corre peligro
  - La comida específica a la que existe la alergia y sustituciones apropiadas
- La forma completa se deberá entregar en la enfermería de la escuela de su hijo.

### TENGA EN CUENTA EN RELACIÓN CON LA LECHE

WCPS proporcionará leche de soya o lactaid en lugar de leche regular a los padres/tutores que lo soliciten *(vea Parte I abajo)*. **No es necesaria una nota del Doctor para una sustitución de soya/lactaid debido a una intolerancia o alergia.**

Para que un estudiante reciba agua o jugo en lugar de leche líquida en el Programa Nacional Escolar de Desayuno/Almuerzo, un doctor debe diagnosticar la restricción de dieta del estudiante como una discapacidad y proporcionar toda la información requerida bajo la Parte II de esta forma.

Bajo regulaciones Federales de Desayunos/Almuerzos Escolares, una intolerancia o alergia no es una discapacidad.

## Forma Médica para Estudiantes con Necesidades de Dieta Especial 2015

Revisado 9/14

Las regulaciones de USDA requieren una declaración médica firmada por una autoridad médica reconocida a fin de que la cafetería haga sustituciones para estudiantes con una alergia a alimentos que amenace sus vidas, una discapacidad o condición médica que requiera un menú especial o una sustitución.

### Parte I – Para que la llene un Padre /Tutor si existe una necesidad de dieta especial

Nombre del Estudiante:	Grado:	Escuela:	Fecha de Nacimiento:
------------------------	--------	----------	----------------------

Debido a necesidades específicas de dieta especial, mi hijo no comerá alimentos proporcionados por la escuela: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolerante a la Lactosa: En lugar de leche, por favor proporcione a mi hijo: <input type="checkbox"/> leche de soya <input type="checkbox"/> lactaid
<input type="checkbox"/> Por favor, proporcione a mi hijo un menú vegetariano <input type="checkbox"/> Por favor, proporcione a mi hijo un menú vegano	<input type="checkbox"/> Mi hijo <b>tenía</b> una alergia o intolerancia a alimentos pero ya no la tiene. Por favor remueva todas las restricciones.
<input type="checkbox"/> Por razones religiosas por favor no permita que mi hijo tenga los siguientes alimentos:	
<input type="checkbox"/> Mi hijo tiene una intolerancia alimentaria a _____. Por favor ayude a mi hijo para asegurar que haga la selección apropiada de alimentos que omitan lo siguiente:	

Doy permiso a los Servicios de Comida y Nutrición y/o a la enfermera de la escuela de hablar con el doctor listado abajo o con la Autoridad Médica Autorizada para discutir las necesidades dietéticas descritas en la Parte II:  Sí  No

---

**Nombre del Padre/Tutor** **Firma del Padre/Tutor / Fecha**

-----PADRES/TUTORES – NO ESCRIBIR ABAJO -----

### Parte II – Para que la llene sólo el doctor o proveedor de cuidados de la salud

¿El niño tiene una discapacidad identificada que requiere que tenga una dieta especial?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor describa las mayores actividades de vida afectadas por la discapacidad:

¿El niño tiene una alergia a alimentos que amenace su vida?  Sí  No

**Alergias a Alimentos:** Marque la(s) caja(s) apropiada(s):  ingestión  contacto  inhalación

<input type="checkbox"/> leche	<input type="checkbox"/> trigo	<input type="checkbox"/> soya	<input type="checkbox"/> cacahuates	<input type="checkbox"/> nueces de árbol
<input type="checkbox"/> pescado	<input type="checkbox"/> mariscos	<input type="checkbox"/> huevo entero	<input type="checkbox"/> huevo como ingrediente	<input type="checkbox"/> gluten
<input type="checkbox"/> otros (por favor, sea específico):				

# Teléfono Oficina del Doctor:	# Fax Oficina del Doctor:
--------------------------------	---------------------------

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Doctor**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Doctor / Fecha**

**Regrese la forma llena a la Enfermería de la Escuela de su hijo**