

# Formulario de modificación de dieta de MISD 2016-2017

Nombre del estudiante (apellido, nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Favor de regresar este formulario a la enfermera escolar una vez que esté completado por una autoridad médica autorizada.

Favor de contactar al(la) dietista de MISD o a la enfermera escolar para cualquier duda al teléfono: 972-882-5468

## Sección A: Condiciones médicas que requieren una modificación alimentaria

### I. Dieta terapéutica prescrita por dietista

Duración:

- Temporal: Inicio: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_  
 Todo el año

Diabético: Ración de carbohidratos

Desayuno: \_\_\_\_\_ g Comida: \_\_\_\_\_ g Merienda: \_\_\_\_\_ g

Cardíaco: Grasa: \_\_\_\_\_ g Na: \_\_\_\_\_ g

PKU: Proteína: \_\_\_\_\_ g

Renal: Na \_\_\_\_\_ g K: \_\_\_\_\_ g Fos.: \_\_\_\_\_ g

Restricción de Sodio: Na \_\_\_\_\_ g

Otro: \_\_\_\_\_

### II. Modificación de textura

Duración:

- Temporal: Inicio: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_  
 Todo el año

Líquidos:

- Delgados (líquidos regulares)  
 Espeso como el néctar  
 Espeso como la miel  
 Espeso como el pudín

Sólidos:

- Blandos (en trozos)  
 Blandos (triturados)  
 Puré

## Sección B: Alergias/intolerancias

1. ¿La alergia:  no amenaza su vida o es leve?  amenaza la vida (que causa anafilaxis severa)?

2. Alimentos que omitir de la dieta:

Mariscos

Huevo

Frutos secos de cáscara dura

Nueces

Soya

Leche de vaca

Todo lácteo (yogur, queso, etc.)

Maíz

Trigo

Otro: \_\_\_\_\_

3. Sustitutos alimentarios seguros: \_\_\_\_\_

4. El estudiante requiere de sustitución de leche líquida (Nota: No incluye otros productos lácteos como el yogur o el queso a menos que sea indicado en la sección de arriba).

Yes  No

**MISD ofrece leche de soya como sustituto de la leche líquida.**

**Certifico que al estudiante antes mencionado deben ser proporcionados sustitutos alimentarios conforme lo descrito arriba dada su discapacidad /alergia alimentaria que amenaza su vida o su intolerancia alimentaria o alergia indicada.**

Nombre de la autoridad médica \_\_\_\_\_  MD  DO  RD  PA  NP  SLP

(EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

Firma del médico que prescribe o autoridad médica \_\_\_\_\_

(FIRMA)

(FECHA)

Número de contacto: \_\_\_\_\_

Comprendo que este formulario permanecerá archivado cada año. Comprendo que si las necesidades de mi hijo(a) cambian, es mi responsabilidad proveer de documentación del médico de mi hijo/a a la enfermera escolar, quien se lo proporcionará a la dietista del distrito.

FRIMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

DIRECCIÓN/CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE CONTACTO DEL PADRE O TUTOR

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo a base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla que deseen presentar sea una queja de EEO (Igualdad de Oportunidades en el Empleo) o del programa, por favor contacte al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).