



Declaración médica para la modificación de la comida

Por favor, complete y envíe el formulario a Servicios de Enfermería del D51 por Fax: al (970) 245-0825

Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/madre/tutor/a legal – Debe ser completado por uno de los padres o el tutor		
1. Nombre del estudiante (por favor letra de imprenta):	2. Fecha de nacimiento:	3. Nivel de grado:
4. Nombre de la escuela:	5. Salón de clases:	
6. Nombre del padre/madre/tutor/a legal (por favor letra de imprenta):	7. Número de teléfono del padre/madre/tutor/a legal:	
8. Correo electrónico del padre/madre/tutor/a legal:	9. Dirección de domicilio, Ciudad, Estado, Código postal	
Permiso del padre/madre/tutor/a legal – Para que la complete un padre/madre/tutor/a legal.		
Solicito el servicio para mi estudiante y doy permiso al personal de los Servicios de Nutrición del D51 para que se comunique con el médico u otra entidad médica reconocida que se indica a continuación en esta orden de dieta si se necesita una explicación.		
Firma del padre/madre/tutor/a legal y Fecha:		
Parte B. Prescripción de orden de dieta – SOLO debe ser completado por un Médico Licenciado capacitado para expedir recetas médicas . EL PADRE/MADRE/TUTOR/A LEGAL NO COMPLETA ESTA SECCIÓN.		
1. Por favor, indique la(s) condición(es) física(s) o mental(es) que afecta(n) a la dieta de este estudiante. .		
2. Por favor, describa cómo la(s) condición(es) física(s) o mental(es) mencionada(s) anteriormente restringe(n) la dieta de este estudiante		
3. Si el impedimento es una alergia alimentaria, por favor especifique el alérgeno(s) a continuación:		
Leche, por favor explique: <input type="checkbox"/> Todos los lácteos <input type="checkbox"/> <u>SOLO</u> lácteos específicos (por favor, anote los productos lácteos a los que es alérgico el estudiante) _____	Huevo, por favor explique: <input type="checkbox"/> Solo huevos enteros (hervido, revuelto) <input type="checkbox"/> Todos los alimentos que contienen huevo <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Puede el estudiante tolerar alguno de estos alérgenos en los PRODUCTOS HORNEADOS? En caso afirmativo, por favor, especifique los alérgenos y los alimentos que entran en esta excepción:		
4. Por favor, indique la(s) modificaciones(es) que se solicita(n) a las comidas del estudiante. Por favor recomiende sustituciones.		
5. Si el estudiante necesita modificaciones de textura o líquidos, por favor indique a continuación:		
<input type="checkbox"/> Sólidos blandos y carnes picadas (disfagia nivel 3) <input type="checkbox"/> Sólidos machacados con el tenedor y carne molida (Disfagia nivel 2) <input type="checkbox"/> Sólidos y carnes en puré (Disfagia nivel 1) <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ Consistencia líquida: <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Néctar espeso <input type="checkbox"/> Miel espeso <input type="checkbox"/> Pudín espeso		
6. Indique los comentarios adicionales sobre las prácticas, patrones de alimentación, equipo o utensilios especiales y los suplementos nutricionales.		
Nombre del médico licenciado en letra de imprenta :		Número de teléfono del médico licenciado:
Firma de un médico licenciado:		Fecha: