



# Declaración Médica de Necesidades Dietéticas Especiales

000000	00 00 00	0 00000000	0 000000000000	0 00	0 00	0000	0 000
000	00 00	0 00000000	000000	0	0 00	0000	0 000
00000	0 0000000	0 0000000	0 00	0 0 00000000			0 0000
000	00 00		0	0	0		

**Padres/ tutores:**

000000	Fecha de Nacimiento	Grado/Aula	Nombre de Escuela/Sitio
Nombre de Padres/Tutor	Número de teléfono de Padre/Tutor		

**Discapacidad/Necesidad médica del estudiante:**

Alergia	Modificación de textura
Intolerancia	<input type="checkbox"/>

<b>Alergias e intolerancia</b>	<p><b>¿Qué alimento(s)/ tipo(s) de alimentos deben omitirse? Por favor, sea lo más específico posible.</b></p> <p><b>Enliste los alimentos que se sustituirán.</b></p>
--------------------------------	--

**Firma de padres/tutores**

**Fecha**

Por favor, obtenga una firma de médico (DO o MD), enfermero practicante (NP) o asistente médico (PA) si su estudiante requiere un menú especial o modificación de la comida.

## Autoridad Médica:

<b>Modificaciones de texturas</b>	<p><b>El niño requiere que los alimentos deben ser:</b></p> <p>Hechos Puré                  Cortados en cubitos/ finamentemolido                  Cortados en trozos pequeños                  Otro (por favor especificar):</p>	<p><b>Los líquidos deben ser:</b></p> <p>Pudin espeso                  Miel/ néctar espesa                  Diluidos                  Otros (por favor especificar):</p>
<b>Proporcionar una explicación de cómo el estudiante daño físico o mental del estudiante restringe la dieta del estudiante.</b>		
<b>Información adicional</b>	<b>Describa los detalles adicionales para aclarar tales como el equipo adaptivo especial necesario, reacciones alergias, etc...:</b>	

Nombre del médico/ Autoridad Medica y Titulo (favor imprima)

Número de teléfono del proveedor

Firma del médico/ Autoridad Medica

Fecha

*La firma de la siguiente sección es opcional, pero puede evitar retrasos al permitir que el personal de la escuela hable con la autoridad médica.*

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA)

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de los Seguros de Salud de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), autorizo a

(autoridad medica) para compartir tal información de salud protegida de mi hijo como es necesario para el propósito específico de la información de la dieta especial para (school/program), y consiento permitir que el

medico/autoridad médica para intercambiar libremente la información que aparece en este formulario y sus expedientes referentes a mi niño, con el programa de escuela segura sea necesario. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización sin impacto a la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo.

Entiendo que el permiso para compartir esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido liberada. Esta información debe ser compartida para el propósito específico de la información de la dieta especial. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre/tutor/ o representante de la persona listada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

**Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Form Received on \_\_\_\_\_.

Accommodation will begin on  \_\_\_\_\_

Accommodations within meal pattern.

Accommodations not within meal pattern.

Form incomplete. Parent contacted on \_\_\_\_\_.

Form complete. Accommodation will not be made.

Request not reasonable.

504 coordinator contacted

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature of Food Service Director/Contact