

**Distrito Escolar Independiente de Midland Departamento de Servicios de Nutrición  
801 S. Moran, Bldg., 2, Midland, Texas 79701  
(432) 689-1525**

## **INFORME MÉDICO PARA NIÑOS CON NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES**

Cada solicitud de dieta especial debe estar respaldada por una justificación que explique la sustitución de alimentos que se solicita. Debe estar firmada por una autoridad médica reconocida. En estos casos, las autoridades médicas reconocidas pueden incluir médicos, asistentes médicos o profesionistas practicantes de enfermería avanzada.

El certificado médico DEBE incluir:

1. Un diagnóstico de la condición médica de la dieta especial o de otro tipo de condición que restringe la dieta del niño
2. El alimento o alimentos que deben ser omitidos de la dieta del niño
3. Los alimentos o la opción de alimentos por los que se vayan a sustituir

## **EN CASO DE ALERGIAS A LOS ALIMENTOS**

“Por lo general, los niños con alergias o intolerancias alimentarias no tienen una discapacidad así como se define en la Sección 504 del Acta de Rehabilitación o la Parte B o IDEA. Servicios de Los Servicios de Nutrición Infantil pueden, **PERO NO ES OBLIGATORIO**, hacer sustituciones de alimentos para ellos. Sin embargo, cuando un examen de alergias a los alimentos de un médico certificado demuestra que pueden haber reacciones graves y potencialmente mortales (anafilácticas), el niño reunirá la definición de una discapacidad, y la sustitución de alimentos prescrita por el médico autorizado se debe hacer”. (*Manual de Referencia para el Administrador del Departamento de Agricultura del Estado de Texas, abril de 2010. El Manual completo se puede encontrar en [www.squaremeals.org](http://www.squaremeals.org).*)

## **PARA SOLICITAR UNA DIETA ESPECIAL**

1. **Obtenga con la enfermera de la escuela, una forma de Solicitud para Ordenar una Dieta Especial.**
2. **Llene la Parte A y vea a un médico, asistente médico o enfermera practicante avanzada para que complete y firme la Parte B.**
3. **Complete y envíe la forma de solicitud a la enfermera de la escuela, esta solicitud será procesada para su aprobación y para la fecha de inicio. Permita un tiempo de aproximadamente 2 semanas para que se procese la solicitud y por favor sepa que es la responsabilidad del padre/tutor de proveer alimentos al estudiante hasta que se apruebe la Orden de Dieta Especial.**
4. **Nosotros preparamos las "dietas especiales" a la medida de nuestras posibilidades, pero no podemos garantizar la total exactitud debido a las limitaciones del sistema de servicios de alimentos de la escuela.**
5. **Las comidas se preparan con los alimentos permitidos en la dieta especial que están disponibles para los Servicios de Nutrición Infantil del Distrito Escolar de Midland y no hay garantía de satisfacer los gustos y disgustos de los estudiantes.**

**He leído y comprendido la Hoja de Solicitud de la Dieta Especial y también he comprendido los reglamentos.**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**FORMA PARA ORDENAR UNA DIETA ESPECIAL**  
**Distrito Escolar Independiente de Midland**

<b>Parte A (para ser llenado por el Padre o Tutor)</b>				
Nombre del Estudiante (impreso)				# de ID del Estudiante
Fecha de Nacimiento	Escuela		Grado	Fecha de la Solicitud
Nombre del Padre/Tutor (impreso)				
Números de Teléfonos durante el Día			Correo Electrónico	
<b>¿TIENE SU HIJO ALGUNA DISCAPACIDAD IDENTIFICADA?</b>				
<b>SÍ</b>	Si la respuesta es sí, por favor describa las principales actividades de la vida que se ven afectadas por la discapacidad:			
<b>NO</b>	No, mi hijo(a) y yo somos responsables de auto monitorear su(s) alergia(s) a los alimentos.			
<b>SI EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD, LA PART B DEBE SER LLENADA Y FIRMADA POR UN MEDICO AUTORIZADO</b>				
<i>Yo doy permiso al Departamento de Servicios de Nutrición del Distrito Escolar de Midland para que hablen con el médico abajo mencionado o con una autoridad médica reconocida acerca de las necesidades dietéticas que se describen a continuación.</i>				
Firma del Padre/Tutor:				Fecha:
<b>Parte B (se debe llenar solamente por un médico certificado o por una Autoridad Médica Reconocida que esté tratando a el estudiante)</b>				
<b>Indique cual dieta del estudiante necesita modificarse y especifique los cambios que se deben hacer:</b>				
Intolerancia lactosa/alergia láctea (MARQUE <input type="radio"/> ): <input type="radio"/> No leche <input type="radio"/> Evite todos los productos lácteos <input type="radio"/> Jugo en lugar de leche				
Alergias alimenticias potencialmente mortales(MARQUE <input type="radio"/> ): <input type="radio"/> Ingestión <input type="radio"/> Contacto <input type="radio"/> inhalación				
<input type="radio"/> trigo <input type="radio"/> soya <input type="radio"/> huevos (indique: <input type="radio"/> huevos enteros <input type="radio"/> huevos como ingredientes)				
<input type="radio"/> pescado <input type="radio"/> mariscos <input type="radio"/> nueces (indique: <input type="radio"/> cacahuete <input type="radio"/> nueces de árbol)				
Otros:				
Liste los alimentos que necesiten algunos de los siguientes cambios en la textura. Si todos los alimentos necesitan prepararse de esa manera, indique "todos"				
1. Puré:				
2. Molido:				
3. Picado:				
Indique cualquier otro comentario acerca de la alimentación del niño(a) o los patrones de alimentación.				
Firma del Médico o Autoridad Médica				Fecha
Nombre del Médico (impreso)			Número de Teléfono	Número de Fax
<b>UNICAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA</b>				
	Solicitud Aprobada		Notificación a los Padres	Fecha
	Solicitud Negada		Notificación a la Escuela	Firma