

**SECCIÓN 1**

~ Para ser completado por un padre o guardián legal ~

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

 Mi hijo necesita alojamientos para dietas especiales, según lo prescrito médicamente en la seccion 2 de este formulario

EXENCIÓN MÉDICA Padres/Guardianes puede renunciar a la firma de autoridad médica SOLO SI uno de los siguientes es verdadero:

 Mi hijo necesita **los mismos** alojamientos para dietas especiales que recibió en el año anterior.

 Mi hijo necesita **menos** alojamientos para dietas especiales (*por favor especifica*):

 Mi hijo ya no necesita alojamiento para dietas especiales y **se le permite recibir una comida regular.**

Nombre del Padre/Guardián:	Número:
Firma del Padre/Guardián:	Fecha:

SECCIÓN 2

~ Para ser completado por una autoridad médica autorizada por el estado de Texas~

DISCAPACIDAD MÉDICA
 Alergia o intolerancia alimentaria, estudiante **NO** está en riesgo de anafilaxia

 Food Allergy, estudiante **ESTÁ** en riesgo de anafilaxia

 Otro (*por favor especifica*):
Restricciones de alimentos
 Leche (*marque uno abajo y circule el sustituto de leche*): agua leche sin lactose leche de almendras leche de soja

 SOLO Leche Líquida (*otras formas de leche estan bien*)

 Productos Lácteos, incluyendo leche líquida, yogur, y queso

 Leche en **TODOS** los alimentos, incluyendo leche líquida, productos lácteos, y panes/productos horneados

 Huevos Enteros (*otras formas de huevos estan bien*)

 Huevos en **TODOS** los alimentos

 Pescado

 Mariscos

 Cacahuete

 Nueces de Arbol

 Soja Entera/Tofu (*otras formas de soja estan bien*)

 Soja en **TODOS** los alimentos, incluido el aceite de soja

 Trigo/Gluten

 Otro:
Otras Restricciones/Necesidades Dietéticas
 Modificación de la textura (*circule todos los que apliquen*): Blandos Picados Puré Solo Líquidos

 Líquidos Espesados (*circule uno*): Néctar Miel Pudín

 NPO (*todo nutrición recibida con los servicios de salud*)

 Otras Peticiones:

*****Proveedores, asegúrese de que su solicitud incluya la discapacidad médica del estudiante. ¡Gracias!*****

Nombre de la Autoridad Médica o Sello: y Credencial (¡Circule uno!) MD RD DO PA NP	Número:
Firma de Autoridad Médica:	Fecha:
SOLO PARA SAISD CNS USO ~ <input type="checkbox"/> Implementado/Actualizado Date(s):	

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DIETA ESPECIAL DE LOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN INFANTIL DE SAISD INSTRUCCIONES Y DIRECTRICES

1. Un Formulario de Solicitud de Dieta Especial DEBE completarse CADA año escolar.
2. La autoridad médica del estudiante debe completar, firmar y entregar un Formulario actualizado de Solicitud de Dieta Especial para solicitar adaptaciones **nuevas, adicionales, y/o diferentes**.
3. El padre/tutor tiene la opción de no entregar la firma médica para un año escolar **posterior**, si **menos adaptaciones (pero no diferentes) y/o las mismas** adaptaciones se solicitan. Si se aplica, el padre/tutor debe completar, firmar y entregar la sección de exención médica en la parte inferior del formulario.
4. Por favor entregue el formulario a la dietista registrada y nutrióloga (RDN) de SAISD por medio de la enfermera del estudiante; o puede enviar el formulario por fax directamente a la RDN de SAISD al 210-228-3157.
5. Las solicitudes de Dieta Especial serán revisadas por la RDN de SAISD o la Nutrióloga de Head Start.
6. Las adaptaciones se procesarán por la RDN de SAISD o la Nutrióloga de Head Start conforme a las directrices federales y estatales.
7. El personal de servicio alimenticio de la escuela no puede hacer ninguna adaptación de dieta especial hasta que se procese e implemente la solicitud por la RDN de SAISD o la Nutrióloga de Head Start.
8. **Una solicitud de dieta especial puede tomar hasta dos semanas en implementarse. Sin embargo, al principio del año escolar, el periodo de implementación podría ser más largo debido a un número muy alto de solicitudes que se reciben durante este periodo. Durante el periodo de implementación, el padre/tutor del estudiante es responsable por proporcionar la dieta especial.**
9. El personal de Servicios de Nutrición Infantil (CNS) hará todo lo posible por proporcionar los ajustes razonables para los estudiantes cuando las restricciones dietéticas no constituyen una amenaza para la vida.
10. Se le notificará a la enfermera de la escuela cuando se haya implementado una solicitud de dieta especial; si desea saber si se ha implementado la dieta especial de su hijo/a, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo/a; o puede comunicarse con la RDN de SAISD directamente al 210-554-2290.
11. Es la responsabilidad del padre/tutor notificar al departamento CNS de SAISD sobre cualquier cambio a la dieta; o si el estudiante se transfiere a otra escuela.
12. Cuando un padre/tutor firma el Formulario de Solicitud de Dieta Especial, él/ella acepta la solicitud de dieta especial que hizo la autoridad médica y le da permiso a la RDN de SAISD para procesar la solicitud como está escrita; si tiene cualquier pregunta o inquietud sobre cómo la autoridad médica completo el formulario para su hijo/a y si le gustaría hacer cambios, por favor comuníquese con la RDN de SAISD al 210-554-2290.
13. El departamento CNS de SAISD tiene el derecho a comunicarse con la autoridad médica a fin de aclarar la solicitud médica.
14. Puede encontrar todos los formularios y la información referente a las adaptaciones de la dieta especial en el sitio web de CNS de SAISD; si tiene preguntas adicionales, por favor llame al departamento CNS de SAISD al 210-554-2290.

Servicios de Nutrición Infantil de SAISD

San Antonio, TX 78201

Teléfono: (210) 554-2290

Fax: (210) 228-3157

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.