

Estimados Padres de Familia:

Si su hijo requiere una dieta especial o necesitara los alimentos escolares modificados dado a una condición médica, por favor complete una declaración médica para Estudiantes Requiriendo Alimentos Especiales (vea la parte de atrás del formulario). Este formulario es requerido antes de que podamos proveerle a su estudiante algo diferente al alimento escolar regular.

Información requerida incluye:

- la discapacidad del niño
- una explicación de como la discapacidad restringe la dieta del niño
- la comida o comidas a ser omitidos de la dieta del niño, y el alimento o la opción de alimentos con las cuales necesita sustituirlas.

Por favor asegúrese de que la información de dieta es detallada en la declaración médica explicando el nivel de omisión del alimento alérgico o alimentos a los cuales su hijo es intolerante. Esta información es necesario para asegurar que su estudiante sea provisto con los alimentos que son apropiados a sus restricciones de dieta. Por ejemplo, si su estudiante no puede ingerir leche necesitamos saber si su hijo no puede tomar leche o si no puede ingerir ningún producto que contenga leche o productos lácteos en su dieta.

Para asegurar que nuestro personal de la cocina esten adecuadamente informados y preparados para adaptar la dieta especial de su estudiante por favor permita 5 días para implementar la dieta de su hijo en el programa de alimentos escolares. Se aprecia que se dé aviso avanzado acerca de la necesidad de la dieta especial.

Por favor complete el formulario de Declaración Medica para Estudiantes Requiriendo Alimentos Especiales y regrésela a la oficina de salud de la escuela o por fax a Servicios de Nutrición al 531-299-0416. Siéntase libre de contactar Sara Matras al 531-299-3733 o al sara.matras@OPS.org en Servicios de Nutrición para más información en como mejor puede mejorar las necesidades de su dieta especial de su estudiante.

No podemos aceptar una nota del doctor en una forma de prescripción o en una carta de la oficina del doctor, porque este NO contiene la información requerida o firmas.

Si la dieta de su hijo cambia por cualquier razón, por favor asegúrese de recoger la declaración médica de la oficina de salud. Es la política de las Escuelas Públicas de Omaha, Servicios de Nutrición de seguir cualquier documento médico que tengamos en el expediente. Entendemos que la dieta del estudiante puede cambiar, pero hasta que se reciba un nuevo formulario de declaración médica, seguiremos usando la declaración médica original.

Por favor visite la página de internet de las Escuelas Públicas de Omaha en district.ops.org, haga clic en "Parents" luego "Lunch Menus" para más información referente a los alimentos escolares.

Gracias.



Declaración Médica para Estudiantes Requiriendo Almuerzos Específicos

Departamento de Servicios de Nutrición
Escuelas Públicas de Omaha

Esta Declaración debe ser actualizada cada vez
que haya algún cambio

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre o Madre: _____ Grado que Cursa: _____

Teléfono del Padre o Madre: _____ Escuela que Asiste: _____

Identifique y describa la incapacidad o condición médica, incluyendo cualquier alergia que requiera una dieta especial para el estudiante.

Describa las principales actividades de la vida cotidiana que se vean afectadas por dicha incapacidad. _____

Para Uso Exclusivo de su Médico

Plan Dietético (escoja todas las que aplique):

- Diabético (a): nivel de calorías _____ (incluir el plan de alimentos) Modificar la Textura/Líquidos
- Calorías controladas: nivel calorías _____ Otros (describa): _____

Alergias de alimentos (describa): _____

¿Esta alergia pone en riesgo la vida del estudiante? Si No

El estudiante puede seleccionar sus comidas dentro de los alimentos regulares que se proveen en la escuela

Los padres podrán revisar el menú por avanzado y seleccionar su comida dentro de los alimentos regulares proveídos en la escuela

Alimentos Omitidos y sus Substitutos:

Use los espacios proveídos para enlistar los alimentos que deben ser omitidos y alimentos que pueden substituir. Puede incluir una página extra si es necesario. Substitutos son considerados opcionales al menos que se haya escogido.

Alimentos para ser Omitidos	Substitutos	Requeridos

- Indique Textura: Regular Picada Molida Puré
- Indique la viscosidad de líquidos: Regular Néctar Tipo Miel Pudín

Se requiere algún tipo de aparato especial para alimentarse _____

Comentarios Extras: _____

Yo, testifico que el estudiante nombrado arriba, requiere alimentos escolares específicos debido a su incapacidad ó debido a una condición médica crónica.

Firma del Médico	Número de Teléfono	Fecha
Firma del Asesor o algún otro Contacto	Número de Teléfono	Fecha

Yo doy permiso a la escuela ó personal de la agencia responsable de implementar la orden de la dieta recetada; a compartir cualquier información con empleados de manera que esta orden se pueda ajustar con otras actividades de otras escuelas/agencias en las cuales se involucre alimentos. Si No

Por medio de la presente, yo autorizo al personal de la escuela a seguir el plan de nutrición ya establecido arriba.

Firma Del Madre/Padre

Fecha