



## Distrito Escolar 11 de Colorado Springs Servicios de Alimentación y Nutrición

5260 Geiger Blvd., Colorado Springs, CO 80915  
Phone: 719-520-2923 Fax: 719-520-2935  
<http://www.d11.org/Page/2074>

### Necesidades Dietéticas Especiales

Año Escolar 2020-2021

Estimado Padre/Tutor:

La escuela de su hijo/a:

1. **Realizará** modificaciones de alimentos **prescritas por un médico acreditado, enfermero/a de práctica avanzada con autorización para prescribir, o auxiliar médico** para acomodar una discapacidad. Se requiere documentación debidamente diligenciada y firmada.
2. **No realizará** modificaciones de alimentos escolares a las solicitudes que no alcanzan el nivel de una discapacidad incluyendo;
  - \* Sensibilidad alimenticia que se puede acomodar a través de opciones de menú.  
Nota: La leche no es un componente de comida requerido y puede ser rechazada por cualquier estudiante.
  - \* Preferencias dietéticas por razones religiosas, éticas, o culturales, o preocupaciones generales de salud.

**Una discapacidad es considerada un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.**

Se recomienda encarecidamente que una autoridad médica reconocida actualice anualmente la orden de dieta prescrita.

En caso de que sea una alergia a los alimentos que ponga en peligro la vida y genere anafilaxia, asegúrese de que el formulario de *Órdenes de Atención de Emergencia y Medicamentos de Alergia y Anafilaxia del estado de Colorado* esté diligenciado por una autoridad médica reconocida para el personal de enfermería escolar.

Devuelva la Declaración Médica diligenciada para el Formulario de *Modificación de Alimentos Escolares* vía correo electrónico o entrega personal a:

CSSD11 Food and Nutrition Services  
5260 Geiger Blvd.  
Colorado Springs, CO 80915

O via fax al: 719-520-2935

En caso de que tenga preguntas o requiera asistencia, por favor contacte a Jamie Humphrey, Dietista Administrativo al (719) 520-2924 o [Jamie.Humphrey@d11.org](mailto:Jamie.Humphrey@d11.org).

Cordialmente,

Jamie Humphrey, RDN  
Distrito Escolar 11 de Colorado Springs  
Departamento de Servicios de Alimentación y Nutrición

*Declaración Médica para Modificación de Alimentos Escolares por Discapacidad Dietética*  
el formulario debe ser impreso al reverso o adjuntado por separado.

Esta institución provee igualdad de oportunidades.

**2020-2021 Declaración Médica para Modificación de Alimentos por Discapacidad Dietética**  
 Distrito Escolar 11 de Colorado Springs Servicios de Alimentación y Nutrición Fax: 719-520-2935

<b>Parte A. Información de Contacto del Estudiante y la Escuela</b> – A ser diligenciada por el padre/tutor o persona de contacto			
Nombre del Estudiante:		(Opcional) Nombre del Contacto:	
Fecha de Nacimiento:	# de ID del Estudiante:	Teléfono del Contacto:	
Escuela:	2020-2021 Grado:	Correo Electrónico del Contacto:	
<b>Parte B. Información de Contacto del Padre/Tutor</b> – A ser diligenciada por el padre/tutor o persona de contacto			
Nombre del Padre/Tutor 1:		(Opcional) Nombre del Padre/Tutor 2:	
Teléfono del Padre/Tutor 1:		Teléfono del Padre/Tutor 2:	
Correo Electrónico del Padre/Tutor 1:		Correo Electrónico del Padre/Tutor 2:	
Dirección Postal:		Colorado Springs, CO Código Postal:	
<b>Parte C. Permiso del Padre/Tutor</b> – A ser diligenciada por el padre/tutor			
Doy permiso al personal escolar responsable de implementar la orden de dieta prescrita para mi hijo/a para que se discutan las acomodaciones alimenticias con el personal escolar apropiado. También doy permiso para que el Médico Acreditado de mi hijo/a, Enfermero/a de Práctica, o Auxiliar Médico brinde aclaraciones adicionales a la orden de dieta prescrita en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela.			
<b>Parte D. Orden de Dieta Prescrita</b> – A ser diligenciada por la autoridad médica apropiada y reconocida.			
<b>Una discapacidad es considerada un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.</b> Se recomienda encarecidamente que una autoridad médica actualice anualmente la orden de dieta prescrita			
1. <b>Modificación Mecánica:</b> <input type="checkbox"/> Marque si no aplica      Condición Médica/ Motivo para la Modificación: _____			
<input type="checkbox"/> Modificar Textura: <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Modificar Consistencia: <input type="checkbox"/> Néctar Espeso <input type="checkbox"/> Miel Espesa <input type="checkbox"/> Cuchara o Pudín Espeso <input type="checkbox"/> Equipo de Adaptación: (Especificar) _____			
2. <b>Modificación de Nutrientes:</b> <input type="checkbox"/> Marque si no aplica      Condición Médica/ Motivo para la Modificación: _____			
<i>Ejemplo: Diabetes, fenilcetonuria (PKU), etc.</i>			
Nutriente a Modificar _____ <input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> Rango _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> gm <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> kcal por <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Día			
3. <b>Modificación de Ingredientes:</b> <input type="checkbox"/> Marque si no aplica			
<input type="checkbox"/> Condición Médica: <u>Alergia Alimenticia Severa/Anafilaxia</u> <b>Precauciones de contacto cruzado son requeridas.</b>			
Omitir: <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Árbol de Nuez <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Crustáceos			
<input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/> Condición Médica: <u>Enfermedad Celíaca</u> <b>Precauciones de contacto cruzado son requeridas.</b>			
Omitir: Gluten (trigo, centeno, cebada, triticale, espelta, trigo kamut, y derivados, incluyendo malta de cebada)			
Autorizado: alimentos naturales Libres de Gluten (arroz, maíz, patata, etc.) y productos y avenas garantizados Libres de Gluten			
<input type="checkbox"/> Condición Médica / Motivo para la Modificación: _____			
Omitir: _____			
<i>Indique los ingredientes parciales o totales a ser retirados. Ejemplo: lactosa, yema de huevo, o proteína de maíz</i>			
Autorizado: _____			
<i>Ejemplo: yogurt, huevos en pan/alimentos horneados, maicena, lecitina de soya, o aceite de soya que no aparece como alérgeno</i>			
Alternativas recomendadas (si aplica): _____			
<b>Parte E. Médico Acreditado/Enfermero/a de práctica avanzada con Autorización para Prescribir/ Información del Auxiliar Médico</b>			
Certifico que el estudiante antes mencionado necesita comidas escolares especiales como se describió anteriormente, debido a la discapacidad del estudiante.		<b>Sello de la Oficina (preferido) o Impresión:</b>	
Firma: _____		Clínica: _____	
Nombre en letra imprenta/Credenciales: _____		Dirección: _____	
Fecha: _____		Ciudad, ST, Cód Postal: _____	
		Teléfono: _____	
		Fax: _____	

Esta institución provee igualdad de oportunidades.