

## FORMULARIO DE LA ORDEN DIETÉTICA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/discapacidad: \_\_\_\_\_

- (1) Discapacidad: Autismo Retraso mental Discapacidad ortopédica Trastorno emocional  
Discapacidad de aprendizaje Lesión cerebral traumática TDAH Otro impedimento de salud (enumere)

(2) ¿Cómo restringe esta minusvalía/discapacidad la dieta del niño? \_\_\_\_\_

(3) Principal actividad vital afectada por la discapacidad: Comer Caminar Ver Oír Hablar Aprender Realizar  
Tarea manual Respirar

(4) Prescripción dietética:

- Orden dietética (especifique calorías, carbohidratos, sodio, etc.): \_\_\_\_\_
- Alimentos que se deben omitir **por alergias**: Leche/lácteos Mantequilla de maní Trigo/pan  
Huevos Ácido cítrico  
Otro \_\_\_\_\_
- Alimentos que se deben sustituir: \_\_\_\_\_

Duración de la dieta especial/restricción: \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses Hasta final del año escolar

Texturas permitidas: (marque) Regular Molida Puré Troceada Otro  
\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (médico), declaro que el niño arriba mencionado padece la siguiente **alergia alimentaria potencialmente mortal**.

(1) *Alergia alimentaria potencialmente mortal. Omita estos alimentos:*

Leche líquida Maní Frutos de cáscara Huevos Pescado Mariscos Trigo Soja

(2) *¿Puede el estudiante consumir alimentos en los que el alérgeno sea un ingrediente del producto alimenticio? (Ejemplo: se omiten los huevos revueltos, pero se permite el huevo como ingrediente en las tortitas).*

Sí No Explique \_\_\_\_\_

(3) *Otras alergias alimentarias potencialmente mortales (enumere todas). Omita estos alimentos:* \_\_\_\_\_

*Certifico que el niño anteriormente mencionado requiere comidas modificadas nutricionalmente como se describe arriba debido a la discapacidad del niño.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico**

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

### **PARA EL PADRE/MADRE/TUTOR**

*Doy permiso para que el personal de la escuela siga el plan de nutrición mencionado anteriormente.*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Los reglamentos del USDA exigen que cualquier sustitución o modificación de las comidas escolares para niños cuyas discapacidades restrinjan su dieta esté respaldada por una declaración firmada por un médico autorizado. **La declaración del médico debe identificar** (1) la discapacidad del niño y una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño, (2) la actividad principal de la vida afectada por la discapacidad, (3) el alimento o alimentos que se omitirán de la dieta del niño. **TENGA EN CUENTA QUE** la alergia o intolerancia alimentaria no se considera una discapacidad según las normas de no discriminación del USDA, a menos que, según la evaluación del médico, la alergia pueda provocar reacciones graves que pongan en peligro la vida del niño. **No se aceptarán recetas dietéticas de México de acuerdo con la normativa del Programa de Nutrición Infantil del USDA.**