



**SUBDIVISIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTOS ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN DEL ESTADO DE HAWÁI
FORMULARIO MÉDICO PARA NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES**

Este formulario debe estar:

- Completado a fondo por el padre o tutor del estudiante y la autoridad médica reconocida.
- Presentado, revisado y aprobado por la Subdivisión de Servicios de Alimentos Escolares antes de que se realice la modificación de la comida.

Distribución:

- El original se conservará en el archivo de la escuela.
- La escuela debe enviar una copia del J-1 original a la Subdivisión de Servicios de Alimentos Escolares.

NUEVO REVISADO

PARTE I (RELLENADA POR EL PADRE O TUTOR)			
1. Apellido del estudiante:	2. Nombre del estudiante:	3. Fecha de nacimiento:	4. Grado:
<i>Tenga en cuenta: Si el estudiante está en prekínder, debe estar inscrito en el Departamento de Educación del Estado de Hawái. Los estudiantes inscritos solo en Head Start no son elegibles para adaptaciones de comidas especiales.</i>			
5. Nombre de la escuela:		6. Número de teléfono de la escuela:	
7. Nombre del padre/tutor:		8. Número de teléfono del padre o tutor:	
9. Comidas y refrigerios solicitados (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio extraescolar <i>(Tenga en cuenta: Los refrigerios extraescolares solo están disponibles si la escuela participa en el programa patrocinado por el USDA).</i>			
PARTE II (RELLENADO POR UNA AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA)			
10. Describa el trastorno físico o mental que restringe la dieta del niño:			
11. Proporcione una explicación de lo que debe hacerse para garantizar una implementación adecuada: <i>(Tenga en cuenta: Si es relevante, puede utilizar las siguientes secciones para ayudar a proporcionar esta información).</i>			
<i>Las especificaciones de necesidades alimentarias se muestran a continuación y en la página siguiente. Responda completamente.</i>			
12. ¿El niño necesita un suplemento nutricional o dietético durante el horario escolar?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
13. En caso afirmativo, ¿cuál es el suplemento requerido?			
14. ¿El niño recibe los suplementos requeridos de los programas estatales o federales (p. ej., WIC/Medicaid)?		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
15. Especifique los carbohidratos por comida (marque una): <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 45 g <input type="checkbox"/> 60 g <input type="checkbox"/> 75 g <input type="checkbox"/> Otro: _____			
16. Textura modificada de alimentos: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Picar (12,7 mm) <input type="checkbox"/> Picar finamente (6,35 mm) <input type="checkbox"/> Picadillo (3,17 mm) <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Otro: _____			
17. Consistencia líquida modificada: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Consistencia de néctar <input type="checkbox"/> Consistencia de miel <input type="checkbox"/> Consistencia de pudín			



**SUBDIVISIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTOS ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN DEL ESTADO DE HAWÁI
FORMULARIO MÉDICO PARA NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES**

18. Nombre del estudiante (apellido, nombre):	
19. Omisiones de alimentos (marque todas las que correspondan):	20. Alternativas alimentarias recomendadas (especificar):
<input type="checkbox"/> Leche líquida (láctea) para beber <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes lácteos, excepto los horneados <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes lácteos	<input type="checkbox"/> Leche de soja <input type="checkbox"/> Agua (Si el estudiante no puede consumir leche líquida) <input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Huevos (p. ej., huevos revueltos, huevos crudos) <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes con huevo, excepto los horneados <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes con huevo	
<input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de trigo <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de gluten	
<input type="checkbox"/> Cacahuets <input type="checkbox"/> Todos los frutos secos <input type="checkbox"/> Frutos secos, especifique el tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de soja <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de soja, incluido el aceite de soja	
<input type="checkbox"/> Mariscos, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Pescado, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Todos los mariscos	
<input type="checkbox"/> Otra:	
21. Duración de la autorización: Esta Autorización se seguirá y estará en vigencia hasta la fecha <u> </u> evento que se especifica a continuación:	
22. He revisado las Secciones I, II, III del Anexo J — Acomodación de los Estudiantes con Necesidades Dietéticas Especiales en los Programas de Nutrición Escolar, y doy fe de que este orden de dieta cumple con los criterios citados en este anexo.	
Firma de la autoridad médica reconocida (incluidas las credenciales):	Fecha:
Nombre y dirección en letra de molde:	Número de teléfono: Número de fax:
<u>SOLO PARA USO DE OFICINA DE LA SFSB</u>	
FORMULARIO COMPLETO SE CONTACTÓ A LA ESCUELA EL: _____	FORMULARIO NO SE REALIZARÁ LA ACOMODACIÓN COMPLETA. <input type="checkbox"/> El Equipo 504 determinó que el ESTUDIANTE no era elegible.
FORMULARIO INCOMPLETO SE CONTACTÓ A LA ESCUELA EL: _____	

Este formulario debe estar:

- Completado a fondo por el padre o tutor del estudiante y la autoridad médica reconocida.



SUBDIVISIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTOS ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN DEL ESTADO DE HAWÁI

FORMULARIO MÉDICO PARA NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES

- Presentado, revisado y aprobado por la Subdivisión de Servicios de Alimentos Escolares antes de que se realice la modificación de la comida.

Distribución:

- El original se conservará en el archivo de la escuela.
- La escuela debe enviar una copia del J-1 original a la Subdivisión de Servicios de Alimentos Escolares.

NUEVO REVISAD

PARTE I (RELLENADA POR EL PADRE O TUTOR)			
1. Apellido del estudiante: Aloha	2. Nombre del estudiante: Napualani	3. Fecha de nacimiento: 1 de enero de 2010	4. Grado: 2.º
<i>Tenga en cuenta: Si el estudiante está en prekínder, debe estar inscrito en el Departamento de Educación del Estado de Hawái. Los estudiantes inscritos solo en Head Start no son elegibles para adaptaciones de comidas especiales.</i>			
5. Nombre de la escuela: Primaria Ohana		6. Número de teléfono de la escuela: 305-0000	
7. Nombre del padre/tutor: Joe Aloha		8. Número de teléfono del padre o tutor: 512-111-1222	
9. Comidas y refrigerios solicitados (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Desayuno <input checked="" type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio extraescolar (Tenga en cuenta: Los refrigerios extraescolares solo están disponibles si la escuela participa en el programa patrocinado por el USDA).			
PARTE II (RELLENADO POR UNA AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA)			
10. Identifique el impedimento físico o mental que restringe la dieta del niño: Enfermedad celíaca y fibrosis quística			
11. Proporcione una explicación de lo que debe hacerse para garantizar una implementación adecuada: (Tenga en cuenta: Si es relevante, puede utilizar las siguientes secciones para ayudar a proporcionar esta información). Consulte a continuación.			
Las especificaciones de necesidades alimentarias se muestran a continuación y en la página siguiente. Responda completamente.			
12. ¿El niño necesita un suplemento nutricional o dietético durante el horario escolar?		<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
13. En caso afirmativo, ¿cuál es el suplemento requerido? PediaSure (vainilla)			
14. ¿El niño recibe los suplementos requeridos de los programas estatales o federales (p. ej., WIC/Medicaid)?		<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	
15. Especifique los carbohidratos por comida (marque una): <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 45 g <input type="checkbox"/> 60 g <input type="checkbox"/> 75 g <input type="checkbox"/> Otro: _____			
16. Textura modificada de alimentos: <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Picar (12,7 mm) <input type="checkbox"/> Picar finamente (6,35 mm) <input type="checkbox"/> Picadillo (3,17 mm) <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Otro: _____			
17. Consistencia líquida modificada: <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Consistencia de néctar <input type="checkbox"/> Consistencia de miel <input type="checkbox"/> Consistencia de pudín			



**SUBDIVISIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTOS ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN DEL ESTADO DE HAWÁI
FORMULARIO MÉDICO PARA NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES**

18. Nombre del estudiante (apellido, nombre): Aloha, Napualani	
19. Omisiones de alimentos (marque todas las que correspondan):	20. Alternativas alimentarias recomendadas (especificar):
<input type="checkbox"/> Leche líquida (láctea) para beber Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes lácteos, excepto los horneados <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes lácteos	<input type="checkbox"/> Leche de soja <input type="checkbox"/> Agua (Si el estudiante no puede consumir leche líquida) <input checked="" type="checkbox"/> Otra: Sirva PediaSure en lugar de la leche líquida que se sirve en el almuerzo escolar.
<input type="checkbox"/> Huevos (p. ej., huevos revueltos, huevos crudos) <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes con huevo, excepto los horneados <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes con huevo	
<input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de trigo <input checked="" type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de gluten	
<input type="checkbox"/> Cacahuets <input type="checkbox"/> Todos los frutos secos <input type="checkbox"/> Frutos secos, especifique el tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de soja <input type="checkbox"/> Todos los alimentos o productos que contengan ingredientes de soja, incluido el aceite de soja	
<input type="checkbox"/> Mariscos, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Pescado, especifique el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Todos los mariscos	
<input type="checkbox"/> Otra:	
21. Duración de la autorización Esta autorización se seguirá y estará en vigencia hasta la fecha <u>0</u> evento que se especifica a continuación: Indefinidamente	
22. <u>He revisado las Secciones I, II, III del Anexo J — Acomodación de los Estudiantes con Necesidades Dietéticas Especiales en los Programas de Nutrición Escolar, y doy fe de que este orden de dieta cumple con los criterios citados en este anexo.</u>	
Firma de la autoridad médica reconocida (incluidas las credenciales): <i>Jane Smith, APRN</i>	Fecha: 02/06/2018 Número de teléfono: 808-988-7776 Número de fax: 808-988-7777
Nombre y dirección en letra de molde: Jane Smith Calle Kahuna 987 Heiau, HI 99999	
SOLO PARA USO DE OFICINA DE LA SFSB	
FORMULARIO COMPLETO SE CONTACTÓ A LA ESCUELA EL: _____	FORMULARIO COMPLETO. NO SE REALIZARÁ LA ACOMODACIÓN. <input type="checkbox"/> El Equipo 504 determinó que el ESTUDIANTE no era elegible.
FORMULARIO INCOMPLETO SE CONTACTÓ A LA ESCUELA EL: _____	