ALBUQUERQUE PUBLIC SCHOOLS

Formulario de Autorización de Dieta Especial de APS

A continuación se presenta un formulario de autorización de dieta especial para las Escuelas Públicas de Albuquerque (APS), que debe ser completado y firmado por un profesional de la salud autorizado. Este formulario se utiliza para que un estudiante con una discapacidad o necesidad médica reciba modificaciones o sustituciones en sus comidas en la escuela.

Se requiere un nuevo formulario para cada estudiante al inicio de cada etapa educativa (K-5, 6-8, K-8 y 9-12), o si surge algún cambio en las necesidades médicas especiales o alergias del estudiante.

Información del Estudiante:

Nombre del Estudiante: _____ Fec. Nac.: _____ ID Estudiantil: _____Escuela: _____
Nombre del Padre/Madre/Tutor(a) Legal: _____ Número Telefónico: _____
Comidas que comerá el estudiante en la escuela (marque todas las pertinentes):
☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Merienda (Si está disponible) ☐ Refuerzo de Energía-Cena (Si está disponible)

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: Por favor, llene, firme y feche este formulario.

Diagnóstico(s): _____Código(s) ICD-10: _____
Describa la discapacidad/condición de salud del estudiante que requiere que el estudiante tenga una dieta especial: _____
_____

¿Es esta necesidad una: ☐ Alergia alimentaria? ☐ Intolerancia alimentaria? ☐ Condición de salud que requiere una dieta modificada?

Omisión de alimentos debido a:

Alergia Alimentaria***:***

- Antecedentes de reacción anafiláctica debido a alergia alimentaria grave: Sí ___ No ___Si la respuesta es “sí”, deberá completar un Plan de Acción para Alergias para recibir atención (incluyendo una orden de epinefrina) en la escuela y devolver el formulario a la enfermera escolar.
- Historial de pruebas de alergia que indique una alergia alimentaria: Sí ___ No ___ Fecha de la prueba:_____
- ● Por favor, indique a continuación los alimentos que deben ser omitidos de la dieta. (Sea específico al describir el alérgeno de un estudiante, por ejemplo: "puede consumir huevos o leche horneados en recetas, pero no huevos revueltos ni leche líquida"). _____
  _____

Intolerancia Alimentaria:

- Por favor escriba todos los alimentos que deban ser omitidos de la dieta:_____

Modificación Dietética Necesaria *(debido a la condición de salud mencionada anteriormente, por ejemplo, diabetes tipo 2, enfermedad celíaca, otras):*

Modificaciones necesarias: _____
_____
_____

Modificación Mecánica *(Llene el formulario de autorización médica para administrar alimentación oral y entréguelo a la enfermera escolar.)*

☐ Formato/textura de la dieta: __picado_____en cubos _puré _____molido __otro: _____

****

Nombre del Proveedor de Atención Médica:_____Firma:_____
Teléfono: _____ Fax:_____Correo Electrónico: _____

Fecha en que fue visto el estudiante y se creó el plan: _____

Por favor, devuelva este formulario de autorización completo y firmado a la enfermera escolar.
Se debe conservar una copia en los archivos de: Enfermería Escolar de APS, Gerente del Comedor Escolar y Servicios de Alimentación y Nutrición de APS (FANS).
Servicios de Alimentación y Nutrición de APS
Revisado: 4/2010, 9/2015, 7/2016, 14/3/2022, 22/9/2025, 6/2026