

Head Start of Lane County Petición de dieta especial

Nombre del niño/a: _____ Fecha: _____

Padre/madre o tutor legal llenando este formulario _____ ID #: _____

Head Start of Lane County es un participante del Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos de Oregon (CACFP siglas en Inglés). De acuerdo a regulaciones federales, se nos requiere que sirvamos comidas y/o bocadillos. Si hay algún niño en el programa que no pueda consumir ciertos alimentos debido a una condición especial, esto deberá ser documentado por escrito por un profesional médico reconocido (*Médicos con licencia (MD), Asistentes del Médico (PA), Dietistas Registrados(as) (RD), Enfermeros(as) Practicantes (NP), Enfermeros(as) Registradas (RN), Médico Naturópata (NP), Doctor en Osteopatía (DO) y Médico Naturópata en Osteopatía (NDO)*). El profesional médico debe especificar, por escrito, los alimentos que deben ser omitidos y los que deben darse como sustitutos.

Para poder cumplir con su petición de dieta especial, necesitamos información detallada acerca de las necesidades dietéticas de su hijo/a. Favor de anotar todos los alimentos que deben ser eliminados de la dieta de su hijo/a, los síntomas que tendría si es expuesto a esos alimentos y los alimentos que usted sugiere se usen como reemplazo.

Alimentos a eliminar de la dieta (Foods to be eliminated from diet)	Síntomas si es expuesto (Symptoms of exposure)	Alimentos que se utilizarán como sustitutos (Suggested substitution)

¿Que edad tenía el/la niño/a cuando usted empezó a retirar este alimento de su dieta? _____

¿Lee usted todas las etiquetas de nutrición de los alimentos para asegurarse de que el/la niño/a no sea expuesto/a a esos alimentos? Sí No

¿Ha estado su hijo/a alguna vez en la sala de emergencia por reacción al alimento? Sí No

¿Tiene su hijo/a receta para usar un EpiPen? (Epinephrine injector) Sí No

¿Ha sido su hijo/a diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?: (*marque las que apliquen*)

Intolerancia a la lactosa Intolerancia Celiaca o al Gluten Alergia a alimentos

¿Ha sido su hijo/a evaluado por un médico alergólogo? Yes No

Favor de proporcionar el nombre y número de teléfono del médico alergólogo del niño/a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Entiendo que la información relacionada a la alergia que tiene mi hijo/a a los alimentos y/o los alimentos que se usarán como sustitutos, será compartida con Head Start of Lane County y el personal de Salud y Nutrición.

También entiendo que el nombre de mi hijo/a e información relacionada a su dieta especial será puesta en el salón de clases y en el área de la cocina.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____