

Formulario de Substitución de Leche

DATE: _____

¿El estudiante tiene alergia a la leche la cual requiere un producto sustituto que no sea leche sin lactosa la cual substituya nutricionalmente la leche de vaca? (marque uno)

Si No

Si la respuesta es SI: Una autoridad Medica Calificada*, también debe completar la parte II de este formulario.

Información General:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de padre o tutor: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Por favor explique por qué su hijo necesita un reemplazo de leche sin lactosa.

Comentarios Adicionales: _____

Parte II: Para la autoridad medica calificada* para completar (Solo complete esto si el niño tiene una discapacidad, necesidad médica, y/o deficiencia)

Discapacidad del estudiante/ necesidad médica/ impedimentos (explicar):

¿Cómo es que el impedimento mencionado arriba restringe la dieta del estudiante de él/ella? (explicar): _____

Actividad importante en la vida del estudiante que se ve afectada por la discapacidad:

Bebidas Omitidas	Substituciones Permitidas

Comentarios Adicionales:

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita una sustitución de leche debido a una discapacidad, necesidad médica, deficiencia.

Firma de la Autoridad Medica

Nombre de la Autoridad Medica

Número de teléfono

Fecha

***Una autoridad médica calificada es un profesional médico que tiene privilegios prescriptivos en el estado de Indiana.**

La firma de la siguiente sección es opcional, pero puede evitar retrasos al permitir que el personal de la escuela hable con la autoridad médica.

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA)

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de los Seguros de Salud de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), autorizo a _____ (autoridad medica) para compartir tal información de salud protegida de mi hijo como es necesario para el propósito específico de la información de la dieta especial

para _____ (school/program), y consiento permitir que el medico/autoridad médica para intercambiar libremente la información que aparece en este formulario y sus expedientes referentes a mi niño, con el programa de escuela segura sea necesario. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización sin impacto a la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que el permiso para compartir esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido liberada. Mi permiso para compartir esta información expira en _____ (date). Esta información debe ser compartida para el propósito específico de la información de la dieta especial. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre/tutor/ o representante de la persona listada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

F AVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A THE NURSE AT STUDENT'S SCHOOL