

Solicitud médica para modificar la dieta del estudiante



Este formulario debe ser llenado completamente y con las firmas requeridas para ser aceptado

A. PADRE O TUTOR LEGAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Sitio escolar: _____ Student ID# del estudiante: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Phone # No. de teléfono: _____

Por favor indique qué comidas y con qué frecuencia su hijo/a necesitará una modificación de comidas en la escuela:

- Sólo desayuno Sólo almuerzo Desayuno y almuerzo
 Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Lunes—Viernes (diariamente)

Autorizo a los Servicios de Nutrición del Distrito Escolar del Condado de Washoe a proporcionar las adaptaciones dietéticas necesarias para mi hijo. Entiendo que será mi responsabilidad notificar a los Servicios de Nutrición sobre cualquier cambio en las necesidades dietéticas de mi hijo, incluidos los cambios de salud relacionados con la dieta, el cambio de escuelas y/o la interrupción del servicio de comidas modificadas de mi hijo.

Firma: _____ Fecha _____

B. MÉDICO CON LICENCIA O AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA* PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN

*Las autoridades médicas reconocidas incluyen: médico (MD), doctor en osteopatía (DO), asistente médico (PA) o enfermera registrada de práctica avanzada (APRN)

¿El niño tiene una discapacidad? Sí No En caso afirmativo, descríballo a continuación.

¿El niño tiene alergia o intolerancia alimentaria? Sí No En caso afirmativo, identifique los alimentos que se omitirán a continuación.

Describa el impedimento físico o mental del niño y cómo restringe la dieta del niño:

Alimentos que se deben omitir en las comidas del niño (marque todo lo que corresponda):

- Sólo (leche líquida) Todos los lácteos (incluida la leche líquida) Soja Huevos Gluten de trigo
 Maní Nueces Pescado Mariscos
 Otro(s): _____

Modificación de textura (si es necesario):

Enumere los alimentos que necesitan las siguientes modificaciones de textura. Indique "Todos" si todos los alimentos necesitan la(s) modificación(es) indicada(s).

Piezas del tamaño de un bocado: _____ Picado muy fino: _____ Puré: _____

Otro (por favor especifique): _____

Imprimir nombre y título: _____

Firma médica: _____ Fecha: _____

C. OFICINA DE SERVICIOS DE NUTRICIÓN DEL WCSD PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Date Received by Nutrition Services Office: _____ Initials: _____

Is additional clarification needed on the medical statement? ____ Yes ____ No. If yes, please indicate follow up here:

Initials: _____ Date: _____

Date discontinued: _____ (attach documentation)

UNA VEZ COMPLETADO, DEVUELVA ESTE FORMULARIO A NUTRITION SERVICES POR CORREO: 585 Spice Islands Court, Sparks, NV 89431.
¿Preguntas? Comuníquese con el Planificador de menús de los Servicios de nutrición del WCSD, 775-325-8410.