



Receta de Dieta para comidas en la escuela

Entregue este formulario a la enfermera de la escuela:

Sección A: A ser completado por el padre/madre/tutor del estudiante.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Comerá el estudiante el desayuno en la escuela? **Si** ___ **No** ___; ¿Comerá el almuerzo en la escuela? **Si** ___ **No** ___

Si usted contestó **No** a ambas preguntas, **PARE**. No se necesita este formulario para los Servicios de Nutrición.

Yo entiendo que las necesidades médicas y de salud de mi estudiante puede cambiar, es mi responsabilidad la de notificar a Servicios de Nutrición y de completar el formulario de Receta de Dieta para comidas en la escuela. Autorizo a la enfermera de la escuela a informar a todos los miembros del staff acerca de la alergia de mi niño/a.

Firma Padre/Madre/Tutor

Teléfono de la casa

Fecha

Doy permiso a los Servicios de Nutrición a hablar con el doctor mencionado abajo para hablar acerca de las necesidades alimenticias del estudiante. _____
(iniciales del padre/madre/tutor y fecha)

Section B: To be completed by a Licensed Physician when identifying a disability OR a Recognized Medical Authority (RMA) when identifying a non-disabling medical condition. For Diet Prescription purposes, a RMA includes a Licensed Physician, Doctor of Osteopathy, Licensed Physician's Assistant, ARNP or Licensed Naturopathic Physician.

Student's Diagnosis? _____

Is the student's diagnosis recognized by the ADA as a disability? **Yes** **No**

If Yes, describe the major life activity affected by the disability _____

Does the student have a non-disabling medical condition or special nutritional or feeding need? **Yes** **No**

If Yes, describe the condition or need _____

Diet Prescription- please attach additional instructions if necessary.

Foods to Omit: _____ _____ _____ _____	Foods to Substitute: _____ _____ _____ _____
---	---

****If foods are listed to be omitted from the diet, specifics on foods to substitute must be provided.**

I certify that the above named student needs special school meals prepared or served as described above because of the student's disability or chronic medical condition.

Licensed Physician or Recognized Medical Authority Signature

Date

Name, including Credentials: _____ Phone: _____ Fax: _____
Type or Print

School Nurse: Received: _____ Date & Initials	Date Entered in WebSMARTT: _____
School Cafeteria: Received: _____ Date & Initials	_____