



Entregue este formulario a la enfermera de la escuela:

Receta de Dieta para comidas en 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? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Comerá el almuerzo en la escuela? Sí \_\_\_ 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 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 \_\_\_\_\_

Diet Prescription – please attached additional instructions if necessary

List any dietary restrictions or special diet: \_\_\_\_\_

List any allergies or food intolerance to avoid: \_\_\_\_\_

List foods to be substituted: (Required) \_\_\_\_\_

List foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner indicate "All"

Cut or chopped \_\_\_\_\_ Finely ground \_\_\_\_\_ Pureed \_\_\_\_\_

List any equipment or utensils that are needed \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Section C:

School Nurse: Received: \_\_\_\_\_ Date & Initials \_\_\_\_\_

Data Entered in TITAN: \_\_\_\_\_ Date & Initials \_\_\_\_\_

School Cafeteria: Received: \_\_\_\_\_ Date & Initials \_\_\_\_\_

Resident Dietitian/ Received: \_\_\_\_\_ Date & Initials \_\_\_\_\_