

SISTEMA DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON
Declaración Medica para Solicitar Modificación de Alimento Escolar
Año Escolar 2017-2018

El servicio de alimentos para estudiantes con necesidad de una dieta especial, es proveído en todas las escuelas. Las regulaciones Federales y Estatales requieren de una forma de prescripción por cualquier tipo de cambio o sustitución en la dieta de un estudiante. La forma de prescripción para una dieta especial deberá ser completada por el médico o autoridad medica de su hijo/a y deberá ser devuelta a la cafetería de la escuela. Los padres deberán de proveer los alimentos necesarios para el estudiante hasta que la forma sea procesada. Si tienen alguna pregunta con relación a la forma, por favor contactar a la Oficina de Servicios de Alimentos al (504) 349-7768.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ORDEN PRESCRIPCION PARA DIETA – Esta parte <u>DEBERA</u> ser completada y firmada por una autoridad medica como se especificó arriba.				
1. Especifique la discapacidad física o mental relacionada a la orden de prescripción de dieta y describa el tipo de dieta especial/restricción requerida:				
2. Alimentos que serán omitidos o sustituidos: Marque los alimentos específicos que serán sustituidos y liste abajo los aprobados. Si necesita más espacio adjunte una hoja. <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
Lácteo (Especifique) <input type="checkbox"/> Leche Fluida <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Toda la Proteína Leche(incluyendo Lácteos como Ingrediente) Si la leche fluida es restringida, marque sustituto aprobado <input type="checkbox"/> Jugo <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Leche sin Lactosa <input type="checkbox"/> Leche Soya				
Huevos (Especifique) <input type="checkbox"/> Huevo Entero –huevo duro o revuelto y/o <input type="checkbox"/> Huevo como ingrediente-albumina(blanco)& yema				
Otras Alergias: <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Nueces Árbol <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Soya* * Alergia Soya: Estudios indican que la lecitina de soya y el aceite de haba de soya es bien tolerado por personas con alergia a la soya. Si el estudiante evita estos ingredientes, por favor marque aquí <input type="checkbox"/>				
Alimento(s) específico para ser omitido: <i>(Sea lo más específico posible)</i>		Sustituciones Aprobadas:		
3. Numero Calorías Permitido/Comida: Desayuno ___ kcal Almorzo ___ kcal <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
4. Gramos Carbohidrato Permitido/Comida: Desayuno ___ g Almorzo ___ g Merienda (requerida/no requerida) AM ___ /PM ___ g <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
5. Miligramos de Sodio Permitido/Comida: Desayuno ___ g Almorzo ___ g <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
6. Total Gramos Grasa Permitido/Comida: Desayuno ___ g Almorzo ___ g <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
7. Textura Modificada:	<input type="checkbox"/> Cortado	<input type="checkbox"/> Molido	<input type="checkbox"/> Puré	<input type="checkbox"/> No Aplica
8. Viscosidad Liquido Modificado:	<input type="checkbox"/> Néctar	<input type="checkbox"/> Miel	<input type="checkbox"/> Cuchara o Pudín Espeso	<input type="checkbox"/> No Aplica
9. Liste Formula Tubo Alimentación: Numero de Latas/Comida: Desayuno ___lata(s) Almorzo ___lata(s) <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
10. Lista Especial de Equipo de Alimentación: <input type="checkbox"/> Marque si no aplica				
INFORMACION DE CONTACTO DE LA AUTORIDAD MEDICA				
Nombre Impreso:		Título:		
Dirección Oficina:		Teléfono Oficina:		
Firma:			Fecha:	

**SISTEMA DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON
PERMISO DEL PADRE/GUARDIAN PARA ORDEN DE PRESCRIPCION DE DIETA
Año Escolar 2017-2018**

Nombre _____ Fecha _____
del Estudiante: _____ Nacimiento: _____ Escuela: _____

Yo doy permiso para que el personal responsable de la escuela que implemente la orden del plan de dieta prescrito a mi hijo/a y discutan las acomodaciones de la dieta especial con cualquier miembro del personal y para seguir la orden de dieta prescrita para la alimentación de mi hijo/a.

Yo doy permiso para que la autoridad médica de mi hijo/a aclare a futuro la orden de dieta prescrita si fuera solicitada por el personal escolar.

Yo doy permiso para que mi hijo/a use una identificación visible durante el periodo de las comidas para asegurarse de que mi hijo/a reciba la orden de dieta prescrita.

Nombre Padre/Guardián (Impreso): _____

Dirección Padre/Guardián: _____

Teléfono Padre/Guardián: _____ Correo Electrónico Padre/Guardián: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____