

FORMA DE RECETA DE DIETAS DE COMIDAS EN LA ESCUELA

Sección A: Para ser completada p[or el padre o tutor del estudiante.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Por favor indique qué comidas comerá su estudiante en la escuela usando las casillas de verificación a continuación:

Desayuno

Almuerzo

Tentempié

Si su hijo no comerá las comidas anteriores en la escuela, DETÉNGASE; esta forma no es requerida por los Servicios de Nutrición.

Entiendo que, si las necesidades médicas o de salud de mi estudiante cambian, es mi responsabilidad notificar a los Servicios de Nutrición y tener un nuevo formulario de Receta dietética para comidas en la escuela completado.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha de la Firma: _____

Imprima el Nombre del Padre /Tutor _____ Teléfono de la Casa: _____

Al marcar esta casilla, reconozco que esto le da permiso a los Servicios de Nutrición para hablar con el médico autorizado o la autoridad médica reconocida que se indica a continuación para discutir las necesidades dietéticas descritas.

Iniciales del Padre/Tutor _____

Sección B: Pare ser completado por el profesional médico.

Esta sección debe ser completada por un Médico Certificado cuando identifique una discapacidad, O una Autoridad Médica Reconocida (RMA) cuando identifique una condición médica no discapacitante. Para fines de prescripción dietética, un RMA incluye un médico con licencia, un doctor en osteopatía, un asistente de médico certificado, una ARNP o un médico naturópata con licencia.

Diagnóstico del Estudiantes: _____

Indique si el diagnóstico es reconocido por el Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) como una discapacidad checando esta casilla: Si marco la casilla describa la actividad principal en la vida, afectada por la discapacidad en el espacio a continuación

Por favor indique si el estudiante tiene una condición médica no discapacitante, necesidad nutricional o de alimentación especial marcando esta casilla: Si marcó la casilla, describa la condición, nutrición especial o necesidad de alimentación en el espacio a continuación:

Prescripción de Dieta: Adjunte instrucciones adicionales si

Comidas para Omitir _____

Comidas para Substituir _____

Si los alimentos se **enumeran para ser omitidos de la dieta, **se deben** proporcionar detalles*

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comidas escolares especiales preparadas o servidas como se describe anteriormente debido a la discapacidad o condición médica crónica del estudiante.

Firma del médico autorizado/Autoridad médica reconocida: _____

Nombre del médico certificado/Autoridad médica reconocida, incluidas las credenciales: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Fecha de la Firma: _____

Envíe la forma completada a: Servicios de Nutrición, Dietética nutritionservices@seattleschools.org revisada en 03/2021 rjm