

# MẪU ĐƠN CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG THEO TOA CHO CÁC BỮA ĂN Ở TRƯỜNG

Tên học sinh \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Tên trường: \_\_\_\_\_ óp: \_\_\_\_\_

Vui lòng cho biết học sinh của quý vị sẽ ăn bữa ăn nào ở trường bằng cách đánh dấu các ô dưới đây:

Bữa sáng

Bữa trưa

Bữa ăn nhẹ

*Nếu con quý vị sẽ không ăn các bữa ăn trên ở trường, **HÃY DỪNG LAI**; mẫu đơn này không bắt buộc bởi Dịch vụ Dinh dưỡng.*

Tôi hiểu rằng nếu nhu cầu y tế hoặc sức khỏe của học sinh thay đổi, tôi có trách nhiệm thông báo cho Dịch vụ Dinh dưỡng và có đơn chế độ ăn uống theo toa mới cho các bữa ăn tại trường đã hoàn thành.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ \_\_\_\_\_ Ngày ký: \_\_\_\_\_

Phụ huynh/người giám hộ Viết in tên \_\_\_\_\_ Số điện thoại nhà \_\_\_\_\_

Bằng cách đánh vào ô này, tôi thừa nhận rằng điều này cho phép Dịch vụ Dinh dưỡng nói chuyện với Bác sĩ được cấp phép dưới đây hoặc Cơ quan y tế Được công nhận để thảo luận về các nhu cầu chế độ ăn uống được mô tả. **Phụ huynh/giám hộ viết tắt tên** \_\_\_\_\_

Mục B: Được hoàn thành bởi một Chuyên Gia Y Tế.

Phần này sẽ được hoàn thành bởi Bác sĩ được cấp phép khi xác định khuyết tật HOẶC Cơ quan Y tế Được công nhận (RMA) khi xác định tình trạng y tế không khuyết tật. Đối với mục đích chế độ ăn uống theo toa, RMA bao gồm bác sĩ được cấp phép, bác sĩ nắn xương, trợ lý bác sĩ được cấp phép, ARNP hoặc bác sĩ trị liệu theo phương thức tự nhiên được cấp phép.

Chẩn đoán học sinh: \_\_\_\_\_

Vui lòng cho biết nếu chẩn đoán được Đạo luật Khuyết tật Hoa Kỳ (ADA) công nhận là khuyết tật bằng cách đánh dấu vào ô này:

Nếu ô được đánh dấu, vui lòng mô tả hoạt động chính trong cuộc sống bị ảnh hưởng bởi khuyết tật vào khoảng trống dưới đây:

Vui lòng cho biết nếu học sinh có tình trạng sức khỏe không khuyết tật, dinh dưỡng đặc biệt hoặc nhu cầu cho ăn bằng cách đánh dấu vào ô này:

Nếu ô đã được chọn, vui lòng mô tả tình trạng, dinh dưỡng đặc biệt hoặc nhu cầu cho ăn vào khoảng trống bên dưới:

Chế Độ Ăn Uống Theo Toa: Vui lòng đính kèm hướng dẫn bổ sung nếu

Thực Phẩm Loại Bỏ

Thực Phẩm Thay Thế

*\* Nếu thực phẩm được liệt kê là loại bỏ khỏi chế độ ăn, **phải** cung cấp thông tin cụ thể về thực phẩm để thay thế.*

Tôi xác nhận rằng học sinh có tên ở trên cần các bữa ăn ở trường đặc biệt được chuẩn bị hoặc được phục vụ như được mô tả ở trên vì khuyết tật của học sinh hoặc tình trạng bệnh mãn tính.

Bác sĩ được cấp phép/Chữ ký của cơ quan y tế được công nhận: \_\_\_\_\_

Bác sĩ được cấp phép/Tên cơ quan y tế được công nhận, bao gồm chứng chỉ \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Ngày ký: \_\_\_\_\_