



JEF COED

Diet Prescription for Meals at School Form

PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Name of student: _____ D.O.B. _____ ID# _____
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

- NOTA A LOS PADRES/TUTORES:** El distrito requiere lo siguiente para poder hacer cambios a la dieta de su hijo(a).
1. Presente este impreso firmado por el padre o el guarda legal y prescribiendo el médico/la autoridad médica reconocida (los E.E.U.U. solamente).
 2. Presente una nueva forma para cada año escolar.
 - 3 Para cambiar una orden de la dieta, para llenar el formulario y para enviar por favor nuevo firmó por un padre o el guarda legal y por el médico/reconoció autoridad médica.

FOR PHYSICIAN/RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY:

Breakfast Meal Needed (Circle one) YES or NO Lunch Meal Needed (Circle one) YES or NO
List medical conditions or diagnoses: _____

Therapeutic Diet Prescription: (Check all that apply)

____ Diabetic: (Type 1 _____ Calories; Type 2 _____ Calories) _____ Increased Calories
____ Reduced Calories (low fat, low cholesterol, low simple carbohydrates) _____ High Fiber _____ Peptic Ulcer Disease
____ Lactose Intolerance _____ Food Allergies: (specify _____)
____ Other: (Specify: _____)

HT: _____ WT: _____ BMI (if available): _____

Mechanically Altered. Denote texture allowed:

____ Soft ____ Chopped ____ Ground ____ Pureed

Other information/instructions regarding the Diet or Feeding: _____

Is parent allowed to discontinue diet order without written physician consent? YES or NO

If Yes, parent must notify the Child Nutrition Program in writing of the intent to discontinue.

Si sí, el padre debe notificar el programa de la nutrición del niño en la escritura del intento para continuar.

Diet Expiration Date: _____

_____ Printed Name of Physician/Recognized Medical Authority	_____ Signature of Physician/Recognized Medical Authority	_____ Date
--	---	---------------

Address: _____ Phone # _____ Fax# _____

PARA LOS PADRES/TUTORES:

Yo, _____ padre/tutor de niño (a) _____ al firmar.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
autorizo que el personal del Programa de Nutrición Escolar, haga los cambios a la dieta de mi hijo(a) que recomienda y receta e doctor.

Firma del Padre/Tutores _____ Fecha _____ # Teléfono _____ # Teléfono de Emergencia _____

De acuerdo con la Ley Federal y reglamentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para quejas de discriminación escriba al Director de la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Agricultura, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al teléfono (800)725-3272 o (202)720-6382 (TTY). El Departamento de Agricultura ofrece sus servicios y empleos sin discriminar a nadie.

Original – Lunchroom Manager _____ Date _____
1st Copy – Nutrition Services _____ Date _____

Revised February 2009



JEFCOED

Letra de la información del guarda del padre

" Prescripción de la dieta para las comidas en School" Forma

Debido a las regulaciones del USDA (Ministerio de Agricultura de Estados Unidos), Dirección de Educación del condado de Jefferson no puede substituir o muchos cualesquiera adietan substituciones a menos que tengamos un " Prescripción de la dieta para las comidas en School" la forma terminó por su médico autorizado/autoridad médica reconocida. Esto incluye, pero no se limita a, haciendo las substituciones para los intolerances de la leche. **Requieren a un médico autorizado completar el " Prescripción de la dieta para las comidas en School" forme si la alergia es peligrosa para la vida.** Cualesquiera reconocieron autoridad médica pueden rellenar el impreso para el resto de alergias alimentarias o de los intolerances. Cada forma es vaild solamente por el año escolar actual.

PARA PROCESAR LA FORMA SIGA POR FAVOR ESTOS PASOS

- * Repase por favor el " Adiete la prescripción para las comidas en la forma de la escuela.
- **Give la forma a su médico autorizado/reconoció autoridad médica para terminar el*
- *Return llenada el formulario a la enfermera de la escuela

Entienda eso si su child' s médico o las necesidades de la salud cambia en caulquier momento, es su responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela y terminar un nuevo "**Prescripción de la dieta para las comidas en School" forme** con su médico autorizado/autoridad médica reconocida. Una vez más cada forma es solamente válida por el año escolar actual.

Definición de la autoridad médica reconocida En Alabama, una autoridad médica reconocida se define como uno de los profesionales sanos siguientes: Doctor (médico autorizado), ayudante del médico, médico de la enfermera, enfermera registrada y dietético registrado.