

UNITED INEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Forma Para Receta de Dieta Especial Para Comidas En Las Escuelas 2011-2012

Nota Para Padres/ Guardiáns: El Distrito requiere que estudiantes que necesitan una dieta especial para el almuerzo y la comida necesitan hacer lo siguiente:

1. Presente esta forma firmada por el padre ó guardian legal y tambien firmada por el Doctor del estudiante. **(Solamente Doctores de los Estados Unidos)**
2. Mantenga la receta de la dieta reciente, sometiendo una receta nueva al principio de cada año escolar.
3. **Para cambiar ó cancelar la dieta tenemos que tener permiso por escrito por el Doctor, Nurse Practioner ó Physician Assistant**
4. FAVOR DE NO ENVIAR DIETAS PROVISIONALES

Nombre de Estudiante: _____ **F.D.N.** _____ **Año Escolar:** 2011-2012
Escuela: _____ **Maestra/o:** _____ **Grado:** _____ **I.D. #:** _____
Estatura: _____ **Peso:** _____

Declaración de Doctor

INFORMACION REQUERIDA (LA FORMA SE TIENE QUE LLENAR POR COMPLETO PARA QUE SE INICIE LA DIETA).

Tiene el Niño/Niña una incapacidad? Si esta incapacitado, favor de explicar las actividades afectadas por esa incapacidad. _____

Informe las condiciones médicas, incapacidad y diagnosis que requiere que el estudiante tenga que seguir una dieta especial _____

Comidas Que Necesita: Almuerzo Comida

Receta De Dieta Terapéutica: Diabetica Bajo en Calorías Ulceras
 Alta en Calorías Otro _____

Textura Mecanica Recomendada: Regular Cortada Pequeña Molida Hacer en Puré

Por favor marque las comidas específicas que se deben de omitir y escriba recomendaciones alternativas.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Carnes y Alternativos de Carnes
Omitir: _____
Sustituir: _____ | <input type="checkbox"/> Leche y Productos de Leche
Omitir: _____
Sustituir: _____ |
| <input type="checkbox"/> Almidones y Productos de Cereal
Omitir: _____
Sustituir: _____ | <input type="checkbox"/> Frutas y Verduras
Omitir: _____
Sustituir: _____ |

Otra información de la Dieta ó Alimentación: _____

Fecha que se Termina la Dieta Especial: _____ Nota: Tiene que presentar una receta nueva al principio de cada año escolar, al menos que la dieta tenga fecha de caducidad.

CANCELE la dieta especial y empiese con una dieta Regular en la cafeteria.

_____ Nombre de Doctor (ESCRITO)	_____ Firma de Doctor (NO IMPRIMIDA)	_____ Fecha	_____ Telefono #
-------------------------------------	---	----------------	---------------------

Esta Parte Necesita Ser Firmada Por Los Padres ó Guardián Legal

Nosotros los padres, por firmar lo siguiente, damos la autorización al Departamento de Producción de Comida a servir nuestro hijo/a la dieta especial indicada arriba.

Yo _____ doy permiso a mi hijo/a _____ que reciba la dieta especial indicada arriba por la dirección de su Doctor _____.

_____ Firma de Padre ó Guardián	_____ Fecha	_____ Teléfono de Casa	_____ Teléfono de Emergencia
------------------------------------	----------------	---------------------------	---------------------------------

_____ Dirección de Padre ó Guardián	_____ Ciudad	<u>TX</u> Estado	_____ Codigo Postal
--	-----------------	---------------------	------------------------