

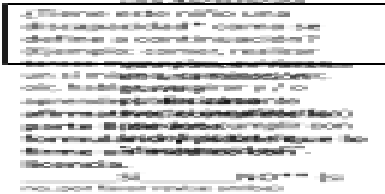
VIROQUA AREA ESCUELAS NECESIDADES DIETÉTICAS:

Plan Médico de Atención para el Servicio de Alimentos Escolares para estudiantes que requieren comidas especiales

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____



Sustitución de leche para estudiantes sin discapacidad:

_____ (Compruebe si) Me gustaría que LACTAID fuera la sustitución. Lactaid es leche sin lactosa. Las regulaciones federales restringen la sustitución de bebidas (jugo, soya, arroz) que no son el equivalente nutricional exacto de la leche. Si se verifica, entiendo que Lactaid se proporcionará a mi hijo a menos que proporcione una sustitución alternativa a la cocina.

Parte B

Diagnóstico/Necesidades dietéticas especiales: _____

Necesidades dietéticas especiales:

_____ Sin leche ni productos lácteos

- _____ Sí _____ No ¿La alergia incluye queso, yogur, helado, requesón, suero de leche?
- Reemplace la leche (productos lácteos) por: _____

_____ Sin gluten ▲ La enfermedad celíaca que ha sido diagnosticada por un especialista gastrointestinal es la única discapacidad donde se permitirán sustituciones de gluten.

- Productos sin gluten estarán disponibles

Alergia alimentaria adicional:

_____ Nut/Nuez de árbol/Cacahuete _____

_____ Meats o productos cárnicos _____

_____ Bread o cereal _____

_____ Fruit(s) _____

_____ Vegetal(es) _____

Alimentos a sustituir (Alternativas aceptables): _____

Copias del plan proporcionadas a: Servicio de Alimentos ☐ Maestro ☐ Educación Especial ☐ Otros _____

Modificación de textura:

_____ Chopped (tamaño de la mordida) _____ Molido _____ Blended _____ Puré _____ Other _____

Otra información sobre dieta o alimentación:

Por favor, verifique:

_____ Amenaza para la vida (crítico, necesita supervisión cercana)

_____ Manejado por un niño con supervisión moderada

Machine translated – Traducción automática

____ Autocontrolado por el niño

Información de contacto del médico:

Nombre/Clínica: _____

Teléfono: (____) _____

Nombre del dietista (si está disponible): _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Padre/tutor Nombre impreso

Firma

Número de teléfono

Fecha

*Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la *Ley de Estadounidenses con Discapacidades* (ADA) de 1990, una "persona con una discapacidad" significa cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un registro de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. *Esta definición incluye a los niños con alergias alimentarias graves.* El término "niño con una discapacidad" bajo la Parte B de la *Ley de Educación para Individuos con Discapacidades* (IDEA) significa un niño evaluado de acuerdo con IDEA como que tiene una o más de las trece categorías de discapacidad reconocidas y que, por razón de ello, necesita educación especial y servicios relacionados.

Tenga el formulario de revisión de los padres / tutores anualmente y la inicial / fecha si no se requieren cambios. Cualquier cambio requiere la presentación de un nuevo formulario firmado por el médico / autoridad médica.

Los padres confirmaron que no hubo cambios en el orden de la dieta. Por favor, inicie con fecha:

Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Date ____/____/____

Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Date ____/____/____

Una copia de este formulario debe ser guardada por el Servicio de Alimentos Escolares y la Enfermera. FERPA permite a las enfermeras escolares compartir la información médica de los estudiantes con respecto a las necesidades dietéticas con el servicio de alimentos escolares.