

Declaración de Medical / Receta de Dieta
Niños con las Incapacidades Requiriendo los Servicios de Nutrición
Especial en los Programas de Nutrición de Niños (567-1222)

Parte 1 (ser llenado por la agencia de educación local o padre)

La Fecha: _____ Nombre de Estudiante: _____
LEA: _____ Escuela asistido por Estudiante: _____

Parte 2 (ser llenado por Médico)

Diagnóstico: _____

Describa la incapacidad del paciente y la actividad de vida muy importante afectada por la incapacidad: _____

¿La discapacidad restringe la dieta del paciente? _____

Receta de Dieta (marca todos que aplican)

Diabético: _____ Caloría reducida: _____
Caloría aumentada: _____ Textura modificada: _____
El otro (describir): _____

Comidas Ser Omitido: _____

Comidas Ser Sustituido: _____

Las Texturas Permitidas (marca la textura permitida.)

Regular: ____ Cortado: ____ Molido: ____ Hacer Un Puré: ____

Otra Información Respecto a Dieta o Comiendo (Por favor provee la información adicional atrás de esta forma o conectado a esta forma.)

Certifica que el estudiante antes mencionado necesita comidas de la escuela especiales preparadas como describió de arriba debido a la incapacidad o el estado de salud crónico del estudiante, y el padre tiene el derecho de interrumpir esto en cualquier momento por firmando la fecha paró línea.

Médico / Autoridad Médica Conocido

de teléfono

Fecha

Firma de Padres a Interrumpir la Dieta

de teléfono

Fecha