

Departamento de Servicio de Alimentación de Escuelas Públicas de Cincinnati
- Necesidades especiales en la dieta: Evaluación de alimentación y comida

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos, Programas de Comidas en Escuelas, exige que se respondan todas las preguntas para hacer CUALQUIER modificación o sustitución de la dieta en las comidas en escuelas.

Parte A Información del/de la estudiante (Debe completar el padre, la madre o tutor)		
Nombre del/de la estudiante	Edad	Salón de clases
Nombre de la escuela	Grado	Año escolar 20__a 20__
¿El/La estudiante tiene una discapacidad? (encierre la respuesta en un círculo) SÍ NO Si contestó SÍ, actividades importantes de la vida afectadas por la discapacidad. <input type="checkbox"/> comer <input type="checkbox"/> cuidar de sí mismo <input type="checkbox"/> hacer tareas manuales <input type="checkbox"/> caminar <input type="checkbox"/> ver <input type="checkbox"/> oír <input type="checkbox"/> hablar <input type="checkbox"/> respirar <input type="checkbox"/> aprender <input type="checkbox"/> otra		
¿El/La estudiante tiene necesidades espaciales para comer o de nutrición? SÍ NO (encierre la respuesta en un círculo) Si contestó SÍ, complete la PARTE B de este formulario y haga que la firme una autoridad médica reconocida.		
Si el/la estudiante NO tiene una discapacidad, ¿tiene necesidades especiales para comer o de nutrición? (encierre la respuesta en un círculo) SÍ NO Si contestó SÍ, complete la PARTE B de este formulario y haga que la firme una autoridad médica reconocida.		
Restricciones religiosas-Marque todo lo que corresponda SÍ NO <input type="checkbox"/> No carne de res <input type="checkbox"/> No carne de cerdo <input type="checkbox"/> Otra Continúe en la casilla para firma de padre, madre o tutor (Más adelante)		
Parte B Necesidad especial en la dieta (Debe completar un profesional médico)		
Diagnóstico/Necesidades especiales en la dieta: Las alergias a alimentos severas/CON RIESGO DE VIDA deben estar firmadas por un profesional médico con licencia.		
Restricciones médicas - Alergias a alimentos O intolerancia a alimentos - Marque todo lo que corresponda Intolerancia a la lactosa/Alergia a lácteos: <input type="checkbox"/> Evitar todos los productos lácteos <input type="checkbox"/> No dar leche para beber Alergias a alimentos: <input type="checkbox"/> Ingestión <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Otras alergias a alimentos con riesgo de vida (indicar todas) - Omitir estos alimentos:		
Alimentos para usar como sustitutos (alternativas aceptables, se debe completar):		
Modificación de textura - Por favor, marcar <input type="checkbox"/> Picar (tamaño de bocado) <input type="checkbox"/> Moler <input type="checkbox"/> Licuar <input type="checkbox"/> Hacer puré		
Indicar cualquier otro comentario sobre los patrones para comer o de alimentación del/de la estudiante.		
Profesional médico o autoridad médica		
Firma _____		
Dirección _____		
Teléfono _____		Fecha _____
Padre, madre o tutor Nombre en letra de molde _____		
Firma _____		
Dirección _____		
Teléfono _____		Fecha _____