

Distrito Escolar de Lake Stevens

C6: Solicitud de Adaptaciones Dietéticas



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Guardian: _____ Teléfono: _____ Escuela: _____

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____

Autoridad médica reconocida por el estado para completar la siguiente sección

Orden de dieta

La ley federal y la reglamentación del USDA exigen que los programas de nutrición realicen modificaciones razonables para adaptarse a los niños con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad importante de la vida o una función corporal, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias dietéticas personales.

1. **Describa cómo la discapacidad afecta al niño** (es decir, cómo la ingestión/el contacto con los alimentos afecta al niño):

2. **Explicar lo que se debe hacer para adaptar la dieta del niño** (es decir, alimentos específicos que se deben omitir/evitar):

3. **Enumere los alimentos y/o bebidas que se sustituirán, proporcionarán o modificarán:**

*Firma de la autoridad médica reconocida por el estado: _____ Fecha: _____

Nombre de la autoridad médica reconocida por el estado (en letra de imprenta): _____

Nombre de la clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

* La Autoridad Médica Reconocida por el Estado es un profesional de la salud con licencia y autorizado para emitir recetas médicas en Washington; Médico (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente médico (PA), con autoridad prescriptiva, Médico Naturópata o Enfermero practicante registrado avanzado (ARNP).

School Nurse Instruction

This form is required for any student requesting NON Life-Threatening special dietary accommodations. This form is not required if the student has a completed Severe Allergy Medication Form (G1) for a LIFE-THREATENING allergy.

***** A copy of this completed form must be sent to Food and Nutrition Services, Attn: Heidi Stringer. *****

Sent By: _____ Date Sent: _____