

Escuelas públicas de la parroquia de St. Charles

Programas de nutrición infantil

Formulario de prescripción dietética

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Calificación: _____

Profesor tutor: _____

Nombre del padre/madre: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Fax del médico: _____

1. ¿El estudiante tiene alguna discapacidad? Marque con un círculo: Sí o No

En caso afirmativo, describa las principales actividades de la vida diaria afectadas por la discapacidad:

2. ¿Tiene el estudiante necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Marque con un círculo: Sí o No

3. ¿Tiene el estudiante un autoinyector de epinefrina (EpiPen) para alergias a alimentos específicos? Marque con un círculo: Sí o No

4. ¿El estudiante tiene un IEP? Marque con un círculo: Sí o No

Firma del padre/madre: _____ **Esta firma Fecha: _____

otorga permiso para la divulgación de información a/desde el médico y la enfermera y/o terapeuta relevante para las necesidades de mi hijo en el entorno educativo.

EL RESTO DEL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO.

Afección médica: _____ Código CIE: _____

Fecha del último estudio de deglución (estudio de deglución con bario modificado o FEES): _____. Adjunte los resultados si procede.

Prescripción dietética: _____

Textura de los alimentos sólidos: marque una opción: ___Regular ___Suave y en trozos pequeños ___Picado y húmedo ___Puré

Consistencia líquida: marque una opción: ___Líquida ___Ligeramente espesa (néctar) ___Moderadamente espesa (miel)

Marque todas las opciones que correspondan:

Intolerancia alimentaria (respuesta del sistema digestivo)

___ Intolerante a la lactosa

___ Eliminar:

___ Sustituto: Circle – agua, jugo, soya, Lactaid u otro

___ Soja

___ Trigo

___ Trigo (debido a la enfermedad celíaca)

___ Otro: _____

Alergia alimentaria (respuesta del sistema inmunitario)

___ Huevos

___ Pez

___ Leche

___ Frutos secos

___ Miseria

___ Mariscos

___ Soja

___ Otro: _____

Dieta para diabéticos: Distribución de carbohidratos – Especifique la cantidad de carbohidratos por comida.

Desayuno = _____ Almuerzo = _____ Merienda = _____

Otras necesidades dietéticas específicas: _____

Alimentos específicos que se deben omitir	Alimentos específicos para sustituir

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comidas especiales preparadas como se describe anteriormente debido a su condición médica crónica.

Firma de médico autorizado/autoridad médica reconocida

NPI #: _____

Fecha: _____

Revisado el 19/03/2026

