

Livingston Parish Public Schools

PRESCRIPCIÓN MEDICA PARA MODIFICACIÓN DE COMIDAS ESCOLARES

Por favor devuelva este formulario a su escuela. Por la seguridad del estudiante, este formulario DEBE estar completo y de manera legible. Este documento entra en vigor para el año escolar 2023-2024 y debe renovarse anualmente.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ ID del estudiante: _____
Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Discapacidad / afección (es) médica (es) que requieren necesidades dietéticas especiales:

Receta dietética (Marque todo lo que corresponda)

INTOLERANCIA A LA COMIDA

- Intolerancia a la lactosa**
Eliminar solo LECHE FLUIDA Sí No
Permitir otros productos lácteos (es decir, queso, yogur, leche descremada, suero, caseína, helado) Sí No
Permitir entradas con productos lácteos cocidos: (es decir, macarrones con queso, pizza) Sí No
- Intolerancia al huevo**
Eliminar los huevos solo en la FORMA PURA Sí No
Permitir los huevos como ingrediente en los alimentos (es decir, galletas, pasteles, pan de maíz, tostadas francesas, panqueques, pastas, albóndigas, empanadas en productos / platos principales de pollo, mayonesa, aderezo ranchero, Sí No
- Intolerancia al trigo** Sí No
Eliminar pan, pastel de maíz, pizza, perros de maíz, pasta, galletas saladas, rosquillas/donuts, barras de cereales, cereales para el desayuno, tostadas francesas, panqueques, galletas, brownies, tortas, tortillas de harina
Permitir alimentos que contengan pequeñas cantidades de trigo (es decir, rebozado / empanizado o entrantes, pastel de carne, roux (especies) en gumbo, etc.)

ALERGIA A LOS ALIMENTOS (Respuesta del sistema inmunológico)

Eliminar todos los ingredientes con alérgenos alimentarios

- Productos lácteos (sin:** leche, queso, yogur, suero, NFDM y sin caseína permitida como ingrediente)
- Huevos (no:** en galletas, pastel, pastel de maíz, tostadas francesas, panqueques, pasta, empanizado con productos de pollo / platos principales,
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trigo | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Proteína de soja (permite aceite de soja) | <input type="checkbox"/> Nueces de árbol (almendras, pistacho, nuez, etc) |
| <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Cacahuates (peanuts) |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |

MODIFICACIÓN DE TEXTURA

- Texturas de los alimentos:** En cubos 1/2" x 1/2" Picado muy fino 1/4" x 1/4"
(Marque una opción) Puré suave Puré Texturizado
- Texturas líquidas: (Marque uno)** No denso Néctar Como la miel Pudín

OTROS

- Diabético:** _____ **Otro:** _____
 Religión: _____ **Otro:** _____
No se requiere firma

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comidas escolares modificadas preparadas como se describe debido a la discapacidad o condición médica crónica del estudiante.

Firma del médico autorizado / autoridad médica reconocida

Dirección de _____

la oficina: _____

Fecha

Teléfono: _____

Fax: _____