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 **2026-2027** y debe renovarse anualmente.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ ID del Estudiante: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

OBLIGATORIO: ¿Tiene el estudiante una afección médica crónica, o una discapacidad física y/o mental, que restrinja su dieta? En caso afirmativo, describa de qué manera dicha afección médica crónica, o discapacidad física y/o mental, restringe la dieta del estudiante.

_____

INTOLERANCIA A LA COMIDA

☐ **Intolerancia a los lacteos**

Permiten LECHE FLUIDA **Si no, sustituto preferido:** _____ ☐ Sí ☐ No

Permiten CRUDO productos lácteos (es decir,queso, yogur, leche descremada, suero, caseína, helado) ☐ Sí ☐ No

Permiten platos principales con productos lácteos cocidos (p. ej., macarrones con queso, pizza) ☐ Sí ☐ No

☐ **Intolerancia al huevo** ☐ Sí ☐ No

Elimine los huevos en su FORMA PURA. Permita los alimentos que contengan huevo como ingrediente (p. ej., galletas, pasteles, pan de maíz, tostadas francesas, panqueques, pasta, albóndigas, empanizado en productos/platos principales de pollo, mayonesa, aderezo ranch, etc.)

☐ **Intolerancia al trigo** ☐ Sí ☐ No

Elimine los panes, panecillos, pan de maíz, pizza, empanizados, pastas, galletas saladas, donas, barras de cereales, la mayoría de los cereales para el desayuno, tostadas francesas, panqueques, galletas dulces, brownies, pasteles y tortillas de harina. Permita los alimentos que contengan pequeñas cantidades de trigo (p. ej., rebozados o empanizados, platos principales, pastel de carne, roux, etc.)

ALERGIA A LOS ALIMENTOS (Respuesta del sistema inmunológico)

Omitirá TODOS los alimentos que contengan cualquiera de estos elementos marcados.

☐ **Productos lácteos (no:** 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, mayonesa, aderezo ranchero, etc.)

☐ **Trigo**	□ **Mariscos**
☐ **Proteína de soja** (permitir aceite de soja y lecitina de soja)	□ **Nueces de árbol** (almendras, pistacho, nuez, etc)
☐ **Pescado**	□ **Cacahuates**
☐ **Otro:**	□ **Otro:**

MODIFICACIÓN DE TEXTURA

☐ **Texturas de los Alimentos:** ☐ En cubos 1/2" x 1/2" ☐ Picado muy fino 1/4" x 1/4"

Sólo se debe marcar UNA textura ☐ Puré suave ☐ Puré Texturizado

☐ **Texturas Líquidas:** ☐ No denso ☐ Néctar

Sólo se debe marcar UNA textura ☐ Como la Miel ☐ Pudín

OTROS

☐ **Diabético:** _____ ☐ **Otro:** _____

☐ **Religión:** _____ ☐ **Otro:** _____

No se requiere firma. Las modificaciones de la dieta por preferencias religiosas están sujetas a disponibilidad.

Certifico que el estudiante arriba nombrado requiere modificaciones en las comidas escolares debido a una afección médica crónica, o a una discapacidad física y/o mental.

_____ _____

Firma del médico autorizado / autoridad médica reconocida **Fecha**

Dirección de la Oficina: _____ **Teléfono:** _____

_____ **Fax:** _____

Esta nstitución es un proveedor de igualdad de oportunidades.