

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 **2025-2026** y debe renovarse anualmente.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ ID del Estudiante: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Tiene el estudiante alguna discapacidad que requiera una dieta especial? En caso afirmativo, describa las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad. Si el estudiante no está discapacitado, indique las condiciones médicas que requieren necesidades nutricionales o de alimentación especiales.

INTOLERANCIA A LA COMIDA

- Intolerancia a la lactosa**
- Eliminar** 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** Sí No
- Eliminar** los huevos solo en la FORMA PURA
- Eliminar** los huevos solo en la FORMA PURA. **Permitir** los huevos como ingrediente en los alimentos (es decir, galletas, pasteles, pan de maíz, tostadas francesas, panqueques, pastas, albóndigas, empanadas en productos /

- 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)

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

- 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, mayonesa, aderezo ranchero, etc.)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trigo | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Proteína de soja (permitir aceite de soja y lecitina de soja) | <input type="checkbox"/> Nueces de árbol (almendras, pistacho, nuez, etc) |
| <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Cacahuates |
| <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"
- 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 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

Fecha

Dirección de la Oficina:

Teléfono:

Fax:

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.