



Entregue el formulario completado a:
Centros de Servicios de Nutrición
360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209
nutritionspecialdiets@jefferson.kyschools.us
Fax: 502.485.6494

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOLS
PLAN DE SALUD ESCOLAR
NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

5500483184

Por favor escriba claramente

PARTE A Padre/madre/tutor: Complete los puntos 1 a 15

1) N° de ID del estudiante	2) Apellido del estudiante	3) Nombre del estudiante	4) Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Escuela	6) Grado	7) Comidas consumidas en la escuela	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Snack <input type="checkbox"/> Ninguna	
Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto			
8) Nombre	9) Número de teléfono	10) Dirección postal, Ciudad, Estado, código Zip	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11) Dirección de correo electrónico (Usaremos esto para enviar una confirmación y los detalles del plan de menús de su hijo. ESCRIBA CON LETRA CLARA)			
<input type="text"/>			
12) Solicitudes de los padres que no se deben a una discapacidad médica. Por favor recuerde: Los Servicios de Nutrición pueden intentar acomodar las preferencias culturales/personales pero no están obligados a hacerlo por la ley. Estos acomodos dependen de la disponibilidad de productos en la línea diaria para servir.			
<input type="checkbox"/> Vegana <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Sin cerdo <input type="checkbox"/> Sin carne de vacuno <input type="checkbox"/> Otra			
13) ¿El estudiante tiene una discapacidad identificada (IEP o Plan 504)?			
<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> No			
14) Doy mi consentimiento al intercambio de información entre el Proveedor de atención de salud y el personal de la escuela/distrito, según sea necesario.			
Firma del padre/madre/tutor (necesario para el procesamiento)		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>
15) Padre/madre/tutor: Es OBLIGATORIO entregar este formulario completado a los Servicios de Nutrición de JCPS. Todos los cambios posteriores a la dieta del niño debe hacerlos un profesional de salud con licencia estatal en un nuevo formulario, con excepción de las preferencias culturales/personales.			
Padres tengan en cuenta: La escuela debe tener un formulario de autorización de receta en el expediente para que se puedan dar medicamentos en la escuela.			
Puede revisar la información sobre alérgenos importantes y nutrientes/carbohidratos disponible en http://jcps.nutrislice.com			

PARTE B COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD (MD, APRN, PA, OD) SOLAMENTE: Complete los puntos 16 a 21

16) ¿El estudiante tiene una discapacidad, condición médica o una alergia alimentaria severa que justifique una diete especial? Sí No
 Si contestó "Sí" especifique la discapacidad a continuación. Si contestó "no", entonces no se justifica una dieta especial. La discapacidad se define como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o dos actividades importantes de la vida.
 Discapacidad (especifique) _____
 Describa las actividades vitales importantes afectadas Comer Aprendizaje Digestión Otros (especificar) _____
 Diagnóstico o afección del estudiante: _____
 Marque si el estudiante puede comer: Queso Yogurt
 Intolerancia a la lactosa: Las opciones disponibles de sustitución son: Leche sin lactosa Leche de soya
 Para el siguiente diagnóstico, debe completarse la sección 17 a continuación para identificar que alimentos deben evitarse debido a la afección identificada:
 Intolerancia alimentaria Alergia alimentaria Alergia alimentaria letal

17) Por favor marque todos los alimentos a evitar en las comidas de este niño en la escuela debido a la discapacidad mencionada antes:

LÁCTEOS Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos los alimentos/bebidas con leche mencionada como ingrediente, incluidos productos horneados <input type="checkbox"/> Queso y recetas que tengan queso identificado como ingrediente <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Leche líquida. Sustituir con <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa <input type="checkbox"/> leche de soya <input type="checkbox"/> agua HUEVO Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Huevos enteros como huevos revueltos o huevos duros <input type="checkbox"/> Todos los alimentos con huevo mencionado como ingrediente, incluidos productos horneados TRIGO/GLUTÉN Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Recetas con trigo mencionado como ingrediente <input type="checkbox"/> Recetas con gluten (trigo, cebada, centeno, triticale) mencionado como ingrediente	CACAHUETES O NUECES DE ÁRBOL Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cacahuets <input type="checkbox"/> Nueces de árbol MAÍZ Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maíz entero como mazorca de maíz, tortillas de maíz o muffin de maíz <input type="checkbox"/> Recetas con maíz mencionado como ingrediente (sirope de maíz, almidón de maíz, etc.) SOYA Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Recetas con cualquier soya mencionada como ingrediente PESCADO O MARISCOS Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos OTRA Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros, especifique si es un ingrediente cocinado o si se consume fresco
--	--

18) ¿Puede el estudiante llevar su propio dispositivo EpiPen/Auvi-Q y usarlo por sí solo? Sí No

19) Modificaciones a la textura de alimentos:
 ¿Puede el estudiante tomar alimentos/bebidas por la boca? Sí No
 Las modificaciones de textura de alimentos se requiere debido a la discapacidad anotada en la sección 16: Puré Molido mecánicamente/fino Cortado/troceado en piezas tamaño bocado
 Líquidos espesados: Ninguna Miel Néctar

20) Otros requisitos de nutrición debidos a la discapacidad documentada en la Sección n.º 16: Por favor especificar:

21) Información del proveedor de atención de salud *El formulario se devolverá al padre/madre/tutor y NO se harán adaptaciones si esta sección no se rellena por completo.*

Firma del proveedor de atención de salud	Fecha	Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud		
<input type="text"/>		