



Entregue el formulario completado a:
 Centros de Servicios de Nutrición
 360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209
 nutritionalspecialdiets@jefferson.kyschools.us
 Fax: 502.485.3387

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

5) Escuela 6) Grado 7) Comidas consumidas en la escuela
 Desayuno Almuerzo Snack Ninguna

Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto

8) Nombre 9) Número de teléfono 10) Dirección postal, Ciudad, Estado, código Zip

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)

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.
 Vegana Vegetariana Sin cerdo Sin carne de vacuno Otra

13) ¿El estudiante tiene una discapacidad identificada (IEP o Plan 504)? IEP 504 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) Fecha

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:

<p>LÁCTEOS Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <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 <p>HUEVO Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <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 <p>TRIGO/GLUTÉN Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <input type="checkbox"/> Recetas con trigo mencionado como ingrediente <input type="checkbox"/> Recetas con gluten (trigo, cebada, centeno, triticale) mencionado como ingrediente	<p>CACAHUETES O NUECES DE ÁRBOL Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <input type="checkbox"/> Cacahuets <input type="checkbox"/> Nueces de árbol <p>MAÍZ Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <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.) <p>SOYA Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <input type="checkbox"/> Recetas con cualquier soya mencionada como ingrediente <p>PESCADO O MARISCOS Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <p>OTRA Anafiláctica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <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 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud <input type="text"/>	Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento) <input type="text"/>
---	--