

Bản dịch này chỉ nhằm mục đích tham khảo. Hãy hoàn thành và gửi lại bằng tiếng Anh.



Gửi mẫu đơn đã hoàn chỉnh về:
Trung tâm Dịch vụ Dinh dưỡng
360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209
nutritionspecialdiets@jefferson.kyschools.us
s Fax: 502.485.3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOLS CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ HỌC ĐƯỜNG NHU CẦU CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG ĐẶC BIỆT

Năm học:

KHÔNG VIẾT TRONG KHU VỰC NÀY

5500483184

Hãy viết in hoa rõ ràng

PHẦN A BỐ MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ: Hoàn thành Mục 1 - 15

1) ID học sinh	2) Họ của học sinh	3) Tên của học sinh	4) Ngày sinh
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Trường học	6) Lớp	7) Bữa ăn tại Trường học
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bữa sáng <input type="checkbox"/> Bữa trưa <input type="checkbox"/> Bữa ăn nhẹ <input type="checkbox"/> Không có

Thông tin Liên lạc và Tên Phụ huynh/Người giám hộ

8) Tên	9) Số điện thoại	10) Địa chỉ thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11) Địa chỉ Email (Chúng tôi sẽ sử dụng địa chỉ này để gửi thông báo và chi tiết về kế hoạch thực đơn của con quý vị. IN RÕ)

12) Các Yêu cầu của BỐ MẸ không phải vì khuyết tật y tế. Xin vui lòng lưu ý: Dịch vụ Dinh dưỡng có thể cố gắng đáp ứng ưu tiên cá nhân/văn hóa nhưng theo luật pháp, họ không buộc phải làm như vậy. Những điều chỉnh này tùy thuộc vào mức độ sẵn có của sản phẩm trong dây chuyền phục vụ hàng ngày. Thuần chay Chay
 Không thịt lợn Không thịt bò Khác

13) Học sinh có khuyết tật đã được xác định (IEP hoặc Kế hoạch 504) không? IEP 504 Không

14) Tôi đồng ý trao đổi thông tin giữa Nhà cung cấp Y tế và nhân viên khu học chánh/trường học, nếu cần.
Chữ ký BỐ MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ (bắt buộc để xử lý) Ngày

15) BỐ MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ: Mẫu đơn hoàn chỉnh này PHẢI được gửi về Dịch vụ Dinh dưỡng JCPS. Tất cả thay đổi khác đối với chế độ ăn uống của trẻ phải do chuyên gia y tế được Tiểu bang cấp phép thực hiện trên mẫu đơn mới với ngoại lệ về ưu tiên cá nhân/văn hóa.
BỐ MẸ xin vui lòng lưu ý: Mẫu đơn cho phép sử dụng thuốc kê đơn phải được nộp cho trường đối với những loại thuốc sẽ được sử dụng ở trường.
Thông tin về các chất gây dị ứng chính và thông tin về dinh dưỡng/carbohydrate có sẵn để đánh giá tại <http://jcps.nutrislice.com>

PHẦN B CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI NHÀ CUNG CẤP Y TẾ (MD, APRN, PA, OD): Hoàn thành Mục 16 - 21

16) Học sinh có khuyết tật, tình trạng y tế hay dị ứng thực phẩm nghiêm trọng cần chế độ ăn uống đặc biệt không? Có Không
Nếu "CÓ", hãy nêu rõ khuyết tật bên dưới. Nếu "không", không cần chế độ ăn uống đặc biệt. Khuyết tật được xác định là suy giảm chức năng thể chất hoặc tâm thần, làm hạn chế đáng kể một hay nhiều hoạt động quan trọng của cuộc sống.
Khuyết tật (nếu rõ) _____
Mô tả các hoạt động quan trọng của cuộc sống bị ảnh hưởng Ăn Học tập Tiêu hóa Khác (Vui lòng nêu rõ) _____
Chẩn đoán hay Tình trạng của Học sinh: _____
Đánh dấu nếu học sinh có thể ăn: Pho mát Sữa chua
 Không dung nạp lactose: Các lựa chọn thay thế có sẵn là: Sữa không có lactose Sữa đậu nành
Đối với các chẩn đoán sau, phải hoàn thành phần 17 bên dưới để xác định phải bỏ qua những thực phẩm nào do tình trạng (khuyết tật) được xác định:
 Không dung nạp thực phẩm Dị ứng thực phẩm Dị ứng thực phẩm ảnh hưởng đến tinh mạng

17) Hãy đánh dấu tất cả thực phẩm cần phải bỏ qua trong các bữa ăn của trẻ trong khi trẻ ở trường do khuyết tật được lưu ý ở trên:

SẢN PHẨM TỪ SỮA Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/đồ uống có thành phần từ sữa, bao gồm cả bánh nướng <input type="checkbox"/> Pho mát và các món có chứa pho mát <input type="checkbox"/> Sữa chua <input type="checkbox"/> Sữa lỏng. Thay thế bằng <input type="checkbox"/> Sữa không có lactose <input type="checkbox"/> sữa đậu nành <input type="checkbox"/> nước	ĐẬU PHỘNG HOẶC HẠT CÂY Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đậu phộng <input type="checkbox"/> Hạt cây NGŌ Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Ngô nguyên bắp như hạt ngô, bánh tortilla, bánh xốp ngô <input type="checkbox"/> Các công thức có chứa ngô (si rô ngô, bột ngô, v.v.)
TRỨNG Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Trứng cá quỳ, ví dụ như trứng bác hay trứng luộc kỹ <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm có thành phần từ trứng, bao gồm cả bánh nướng	ĐẬU NÀNH Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Các công thức có chứa đậu nành
BỘT MI/GLUTEN Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Các công thức có chứa bột mì <input type="checkbox"/> Các công thức có chứa gluten (bột mì, bột lúa mạch, lúa mạch đen, triticale)	CÁ HOẶC TRAI SÒ ỐC HÉN Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Cá <input type="checkbox"/> Trai sò ốc hén KHÁC Phân vệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu khác, vui lòng chỉ rõ dị ứng với thành phần đó là nấu chín hay tươi

18) Nhiều học sinh tự mang thiết bị EpiPen/Auvi-Q và tự sử dụng? Có Không

19) Điều chỉnh Kết cấu Thực phẩm:
Học sinh được phép ăn/uống bằng miệng không? Có Không
Điều chỉnh Kết cấu Thực phẩm được yêu cầu do khuyết tật được lưu ý trong phần 16: Nghiền nhuyễn Nghiền mịn/nát Cắt/Thái thành miếng vừa ăn
Lông đặc: Không có Mật ong Mật hoa

20) Yêu cầu Dinh dưỡng khác do khuyết tật được lưu ý trong Phần 16: Xin vui lòng lưu ý:

21) Thông tin của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế **Mẫu đơn sẽ được gửi lại cho bố mẹ/người giám hộ và KHÔNG cần điều chỉnh nếu phần này không được điền hết.**

Chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế	Ngày	Con dấu của Văn phòng Y tế (bắt buộc để xử lý)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế	<input type="text"/>	