Envíe el formulario completado a:
Auburn School District
Child Nutrition Services
1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001
Teléfono: 253-931-4972 Fax: 253-931-4835

AUBURN SCHOOL DISTRICT
ENGAGE • EDUCATE • EMPOWER

Receta de Dieta para las Comidas de la Escuela

Sección A: Debe completarla el padre o tutor del estudiante.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

¿Desayunará en la Escuela el estudiante? ☐ **Sí** ☐ **No;** ¿Almorzará en la Escuela el estudiante? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si ha contestado **No** a esas dos preguntas, **DETÉNGASE.** Los Servicios de Nutrición no necesitan este formulario.

Entiendo que si cambian las necesidades médicas o de salud de mi estudiante, tengo la responsabilidad de notificárselo a los Servicios de Nutrición y hacer que se complete otro formulario de Receta de Dieta para las Comidas de la Escuela.

_____ _____ _____
Firma del Padre/Madre/Tutor(a) | Número de Teléfono de la Casa/Número del Teléfono Celular | Fecha de firma

☐ Doy permiso para que los Servicios de Nutrición hablen con el Médico Certificado o Autoridad Médica Reconocida que figura a continuación para hablar acerca de las necesidades dietéticas descritas. _____
(iniciales del padre/de la madre/tutor(a) y fecha)

Sección B: Debe completarla un Médico Certificado cuando se identifique una discapacidad O una Autoridad Médica Reconocida (Recognized Medical Authority - RMA) cuando se identifique una condición médica que no sea discapacitante.
Para Prescripción de Dietas, un RMA incluye un Médico Certificado, un Doctor de Osteopatía, un Ayudante Médico Certificado, una Enfermera Practicante Certificada Especializada (Advanced Registered Nurse Practitioner - ARNP) o un Médico Naturopático Certificado.

¿Diagnóstico del Estudiante?_____

¿Está reconocido el diagnóstico del estudiante como discapacidad por el ADA (Acta de Americanos con Discapacidades)? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es Sí, describa la actividad de vida principal que se ve afectada por la discapacidad _____

¿Tiene el estudiante alguna condición médica no discapacitante o alguna necesidad especial de nutrición o alimentación? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es Sí, describa la condición o necesidad _____

Receta de Dieta- adjunte instrucciones adicionales si es necesario.

¿Es la receta de dieta del estudiante para una condición permanente? **Sí** **No**

Comidas que se deben omitir:	**Comidas que se deben sustituir:**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si se han listado comidas que se deben omitir de la dieta, **deben darse **detalles específicos** de las comidas con las que sustituirlas.

Certifico que el estudiante indicado necesita que se le preparen o se le sirvan comidas especiales en la escuela según se describe debido a la incapacidad o condición médica crónica del estudiante.

_____ _____
Firma de Médico Certificado o Autoridad Médica Reconocida | Fecha

Nombre, incluyendo las Credenciales: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
A máquina o en letra de imprenta

For office use (Para uso de la oficina):
Received by Nurse: _____ Received by Child Nutrition Office: _____
Date & Initials | Date & Initials
Received by Kitchen Manager: _____
Date & Initials

Revised 3-11