

DIET PRESCRIPTION FOR MEALS AT SCHOOL

NAME OF STUDENT for whom special meals are requested: _____

Medical condition that requires the student to have a special diet. Please include a brief description of the child's physical or mental impairment that is sufficient to allow the school to understand how it restricts the child's diet.

Food Intolerances/Allergies

Foods to be omitted and substitutions (Please check food groups to be omitted. List specific foods to be omitted and suggest substitutions.)

Milk to Drink
 All Milk Products
 Meat & Meat Alternates
 Bread & Cereal Products
 Fruits & Vegetables

Notes: _____

Is this student lactose intolerant (Soy Milk or Lactose Free Milk will be provided)? Yes No

If lactose intolerant, can student tolerate dairy products other than liquid milk? Yes No

If yes, what items? _____

Does this student have a food allergy? – **Mark all that apply**

Peanuts Tree Nuts Wheat Soy Fish
 Shellfish Eggs Dairy (Milk, Cheese, Yogurt) Other

Please list Other food allergies if applicable: _____

Other information regarding diet or meals at school:

(Please provide additional information. Use back of form or attach to this form if needed)

Is this allergy life threatening? (Example: does it require an epi-pen?) Yes No.

Does this student require special tray preparation by the cafeteria staff when allergens are present? Yes No.

Describe the student's reaction when exposed to the allergen: _____

Texture Modifications

Textures Modification Required (if applicable):

Chopped Ground Pureed Other

Notes: _____

I certify that the above named student needs special school meals prepared as described above because of the student's disability or chronic medical condition.

Recognized Physician/Medical Authority Signature

Office Phone Number

Date

RECETA DE DIETA PARA LAS COMIDAS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante para quien se solicitan las comidas especiales:

Condición médica que requiere el estudiante tener una dieta especial. Por favor incluya una breve descripción de la debilitación física o mental del niño que es suficiente para que la escuela entienda cómo restringe la dieta del niño.

Intolerancias/alergias alimentarias

Alimentos que se omitan y sustituciones (*Consultar grupos de alimentos que se omitirán. Lista de alimentos específicos para omitirse y sugerir sustituciones.*)

Leche para beber Todos los productos de leche Alternar carne y carne Pan y productos de cereales Frutas y verduras

Notas: _____

Es este estudiante intolerante a la lactosa (leche de soja o se proporcionará leche libre de lactosa)? sí No
Si, intolerancia a la lactosa puede estudiante tolerar productos lácteos distintos de la leche líquida? sí No

En caso afirmativo, ¿qué elementos? _____

¿Este estudiante tiene una alergia alimentaria? – **Marque todos que aplican**

Cacahuets Nueces de árbol Trigo Soy Pescado
 Mariscos Huevos Productos lácteos (leche, queso, Yogurt) Otros

Enumere otras alergias a los alimentos en su caso: _____

Otra información sobre dieta o comidas en la escuela:

(*Por favor, proporcione información adicional. Use la parte posterior del formulario o adjunte a este formulario si es necesario*) _____

Es esta alergia mortal? (*Ejemplo: requiere de un epi-pen?*) Sí N°

El alumno requiere preparación bandeja especial por el personal de la cafetería cuando los alérgenos están presentes? Sí N°

Describir la reacción del estudiante cuando se expone al alérgeno: _____

Modificaciones de la textura

Requerida modificación de texturas (si corresponde):

picado tierra Pureed otros

Notas: _____

Certifico que lo anterior nombrado estudiante necesita comidas de escuela especial preparadas como se describió anteriormente, debido a la discapacidad o condición médica crónica.

Reconocido médico/Medical autoridad firma

oficina teléfono

fecha