

FOOD SERVICES DEPARTMENT2150 East 15th Street • Tucson • Arizona 85719-6316 • (520) 225-4700 FAX (520) 225-4867**FORMA DE SOLICITUD DE LA MODIFICACIÓN DE LA DIETA**
(Preséntela para un estudiante con necesidades especiales para las comidas escolares.)

Fecha: _____

Escuela: _____ No. de Teléfono Escolar: _____

Dirección Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____ Masculino___ Femenino___

Nombre del Padre/Tutor: _____ No. de Teléfono: _____

Dirección: _____

Anote la discapacidad o condición médica que requiere que el/la estudiante tenga una dieta o alimento especiales.Incluya una descripción breve de la actividad principal de la vida afectada por la discapacidad del estudiante o la razón de la sustitución de la comida (*use el dorso de la forma si necesita espacio adicional*)

Nombre del Estudiante: _____

Receta Dietética**Enumere todos los alimentos que se deben omitir**

Para las alergias o intolerancias a los productos lácteos, por favor especifique cuales productos lácteos se deben evitar y también especifique si la leche como ingrediente en los alimentos es permitida (galletas, productos de repostería, etc.).

Enumere los alimentos que pueden ser sustituidos

NOTA: Si debe evitar la leche de vaca debido a una intolerancia láctea o una alergia a la leche que no sea grave, la leche sin lactosa o la leche de soya debe ser la sustitución. Los requisitos federales de los alimentos escolares no permiten que el jugo o el agua sean sustituidos por la leche debido a condiciones médicas tales como la intolerancia a la lactosa o las alergias a la leche que no son graves.

Texturas permitidas

Regular es Picadas Molidas Purés* Alimentación por tubo Líquido oralmente

*Para los alimentos en forma de puré, por favor especifique el nivel de los alimentos para bebés que sea apropiado (I, II o III) _____

Información adicional en cuanto a la dieta o la alimentación

Edad del Estudiante: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Limitaciones:

Medicamentos:

Esta orden dietética es

 permanente (esta orden de dieta permanecerá vigente durante el periodo que el estudiante esté inscrito en TUSD. Se requiere una orden dietética nueva para cambiar cualquier aspecto de la información proporcionada en esta orden dietética.)

 temporaria (esta orden dietética estará en vigor durante el ciclo escolar actual. TUSD debe confirmar anualmente con el médico si se deben hacer cualesquiera modificaciones a la orden.)

Yo certifico que el/la estudiante antedicho/a necesita modificaciones a los alimentos escolares regulares según se describen arriba debido a la discapacidad del/de la estudiante o la condición médica.

Firma del médico

Teléfono de oficina

Fecha

Nombre impreso del médico

Dirección de la oficina

DEVUÉLVASE A: TUSD Food Services en 2150 E. 15th Street o por fax al 520-225-4867

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.