

# PLANILLA DE AUTORIZACION DE DIETA

## Declaración Médica Anual para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales

*Esta planilla provee a Child Nutrition Services la información necesaria para modificar las comidas en la escuela*

### Pasos para Completar la Planilla

1. **Padre Guardián**, completar la Sección #1 and #2. Firmar y colocar la fecha en la planilla (se requiere para ser procesada).
2. **Autoridad Médica**, completar la Sección #3. Imprimir el nombre, firma, y colocar la fecha en la planilla (se requiere para ser procesada).
3. **Personal de la Oficina de la Autoridad Médica**, completar la Sección #4. Sello de la oficina del médico (se requiere para ser procesada).
4. Enviar por Correo o Fax la planilla completada a Child Nutrition Services de CMS.
5. Child Nutrition Services regresará la planilla procesada a la cafetería de la escuela del estudiante y las planillas incompletas se regresarán al padre/guardián.

### PADRE GUARDIAN

- Las cafeterías de CMS no sirven productos de maní o que contengan maní; por lo tanto no se necesitará una planilla de autorización de dieta que especifique solamente alergia al maní.
- El contenido de **gramos en los carbohidratos y los alérgenos más comunes en las comidas**, mensualmente se publican en: <http://www.cms.k12.nc.us/cmsdepartments/cns>. No se requiere una Planilla de Autorización de Dieta si la información anterior es suficiente para el padre/guardián para manejar la dieta del estudiante en la escuela.
- Esta información debe completarse al principio de cada año escolar y cada vez que cambie el diagnóstico del estudiante o cambie su tratamiento durante el año escolar. La planilla completada anualmente por la autoridad médica asegura que las necesidades nutricionales actuales se cumplen en la escuela.

### 1 INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Número de ID del Estudiante

Año Escolar 20\_\_ - \_\_

Apellido, Primer nombre, Inicial Segundo nombre

Fecha de Nacimiento

Escuela a la que Atiende

Grado

**Cuáles de las comidas el estudiante comerá en la Cafetería de la Escuela?**  Desayuno  Almuerzo  Programa antes de la Escuela  Programa después de la Escuela

**Tiene el estudiante una discapacidad identificada (IEP o Plan 504)?**  
 Sí  No

### 2 INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

Primer Nombre, Apellido

Número de Teléfono Durante el Día

Dirección Residencial, Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección de Correo Electrónico

Firma del Padre/Guardián (se requiere para ser procesada) Date



Con mi firma doy permiso a Child Nutrition Services de hablar con el Médico (MD) o Autoridad Médica Reconocida que firman la Planilla de Autorización de Dieta para discutir las necesidades de la dieta descritas en la Sección # 3

### 3 AUTORIDAD MEDICA To be completed by Licensed Medical Doctor (MD) or recognized Medical Authority treating the student

Check the appropriate box:

- Diet Order Form for school year 20\_\_ - 20\_\_  
 Revision to Diet Order Form submitted during current school year.

Student Diagnosis

Describe major life activities affected

**FOOD ALLERGIES:** Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.

Check the appropriate box(es):  Ingestion  Contact  Inhalation

**FOOD THAT SHOULD BE AVOIDED: Check all that apply**

**Milk**  All Milk Proteins - Casein, Whey, etc.  
 Fluid Milk - Substitute with  Lactose-free milk  Juice  
Fresh milk products:  Cheese  Yogurt  Ice Cream

**Egg**  All Egg Proteins - Albumin (white) and Yolk  
 Whole Egg - hard boiled or scrambled

**Soy**  All Soy Protein

**Wheat**  All Wheat

**Fish**  All Fish

**Corn**  All maze/corn  
 Whole Corn - fresh kernel or whole grain corn

**Other** (Specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh or raw)

**TEXTURE MODIFICATION: Mark consistency requirement for food**

- Pureed  Ground  Chopped  \_\_\_\_\_

Medical Authority Name Medical Authority Signature (Required) Date




### 4 SELLO DE LA OFICINA DEL MEDICO & ENVIO DE LA AUTORIZACION DE DIETA

1. Stamp below with medical office stamp (required for processing)

2. Mail or Fax form to:

**Charlotte-Mecklenburg Schools**  
**Child Nutrition Services**  
PO Box 668847  
Charlotte, NC 28266  
Phone (980) 343-6041  
Fax (980) 343-6045

Provide office phone and fax numbers if not in the stamp

Phone Number

Fax Number

### CHILD NUTRITION SERVICES NOTES