

Pasos para Completar la Planilla de Autorización de Dieta

1. Padre/Guardián, complete la parte A. Firme y escriba la fecha en la planilla (requeridas para procesar la planilla)
2. Autorización Médica, complete la Parte B. Escriba el nombre, firme y escriba la fecha en la planilla; estampillar la planilla con el sello de la oficina del médico (se requiere para ser procesada).
3. Enviar la planilla por correo: CMS Child Nutrition Services
PO Box 668847
Charlotte, NC 28266
Teléfono (980) 343-6041 | Fax (980) 343-6045
specialdiets@cms.k12.nc.us
4. Child Nutrition Services enviará la planilla procesada a la cafetería de la escuela del estudiante.
5. La planilla que este incompleta será devuelta al padre/guardián.

- El menú mensual, con la información sobre los gramos de carbohidratos y sobre los principales alérgenos de los alimentos, se encuentran en <http://www.cms.k12.nc.us/cmsdepartments/cns>. No es necesario completar una Planilla para la Orden de Dieta si la información mencionada antes es suficiente para que los padres/guardianes supervisen la dieta del estudiante en la escuela.
- Esta planilla tiene que ser completada al comienzo de cada año escolar y cada vez que ocurra un cambio de tratamiento o diagnóstico durante el año escolar. El completar anualmente esta planilla por la autoridad médica del estudiante, asegura que las actuales necesidades nutricionales están siendo cumplidas por la escuela.

PARTE A. Para ser completado por el Padre/ Guardián			
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Número de ID del Estudiante	Apellido, Primer Nombre, Inicial Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual Grado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN			
Primer Nombre, Apellido	Teléfono	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Correo Electrónico (lo usaremos para enviar confirmaciones y detalles sobre el plan del menú de su hijo. Escribir claramente)			
<input type="text"/>			
AUTORIZACIÓN DE DIETA PARA EL AÑO ESCOLAR 20____ - 20____ <input type="checkbox"/> Primera Orden de Dieta <input type="checkbox"/> Revisión de Orden de Dieta	¿Qué comidas provistas por la Cafetería de la Escuela comerá el estudiante? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda	¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada (IEP o un Plan 504)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi hijo tiene una dieta especial y NO comerá de la cafetería de CMS.
Al firmar doy permiso a Child Nutrition Services para hablar con el Médico o Autoridad Médica Reconocida(MD) que firman la planilla de Autorización de Dieta para discutir las necesidades alimenticias del estudiante descritas en la Parte B de esta planilla.			
		Firma del Padre/Guardián (Se requiere para ser procesada)	Fecha
		<input checked="" type="text" value="X"/>	<input type="text"/>

dietary needs described in part B of this form.

PART B. To be completed by Licensed Physician	
STUDENT DIAGNOSIS OR CONDITION <input type="checkbox"/> Food Intolerance <input type="checkbox"/> Food Allergy <input type="checkbox"/> *Life Threatening Food Allergy - Check appropriate box: <input type="checkbox"/> Ingestion <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Disability (Specify) _____ Describe major life activities affected _____ <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____	<p align="center"><i>*Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.</i></p>
FOOD TEXTURE MODIFICATION If needed check ONE: <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Chopped	
FOOD(S) THAT SHOULD BE AVOIDED (Check all that apply)	
DAIRY <input type="checkbox"/> Fluid Milk. Substitute with <input type="checkbox"/> lactose-free milk <input type="checkbox"/> juice <input type="checkbox"/> water <input type="checkbox"/> Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient <input type="checkbox"/> Ice Cream <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Recipes with any dairy listed as an ingredient EGG <input type="checkbox"/> Whole eggs such as scrambled eggs or hard cooked eggs <input type="checkbox"/> Recipes with any egg listed as an ingredient WHEAT / GLUTEN <input type="checkbox"/> Recipes with any wheat listed as an ingredient FISH OR SHELLFISH <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish (CMS cafeterias do not serve shellfish)	TREE NUTS (CMS cafeterias do not serve tree nuts) <input type="checkbox"/> Food products identified as manufactured in a plant that also handles tree nuts PEANUTS (CMS cafeterias do not serve peanuts or products processed in a peanut facility) <input type="checkbox"/> Peanuts - Diet order form is not required for peanut only allergy. CORN <input type="checkbox"/> Whole corn such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin <input type="checkbox"/> Recipes with corn / corn products listed as an ingredient SOY <input type="checkbox"/> Soy Lecithin <input type="checkbox"/> Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate) <input type="checkbox"/> Recipes with any soy listed as an ingredient OTHER <input type="checkbox"/> Other, specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh _____ _____

LICENSED PHYSICIAN'S INFORMATION <i>Diet Order Form will be returned to parent / guardian and NO accommodations will be made if this section is not complete.</i>			
Medical Office Stamp (Required for processing)	Office Phone Number if not in the stamp	Medical Authority Signature	Date
	<input type="text"/>	<input checked="" type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
	Fax Number	Medical Authority Printed Name	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	