

Condado Wake Sistema de Escuelas Públicas

Servicios de Nutrición Infantil

Orden de Dieta Anual:

Año:

Parte I (debe ser completada por el padre o tutor):

Nombre del Estudiante (Apellido) _____ (Nombre) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Número de Identificación del Estudiante _____

Escuela atendida por el estudiante: _____ Grado: _____ Año Escolar: 20____ a 20____

Número de teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

dirección de correo electronic _____

¿ Comprara desayuno el estudiante? Si No Almuerzo Si No

¿ Esta el estudiante en el programa antes de la esuela? Si No ¿ Programa después de escuela? Si No

REQUIRIDO

Parte II

En orden para proveer servicios para tu estudiante, Parte II dede de ser completada por médico licenciado .

Diagnóstico del estudiante: _____

Modificaciones en la dieta:

Nombre de Medico (imprimir) _____

Firma de Medico _____

Tel _____ Fecha _____

Sello de la oficina médica:

CNS USE ONLY:

CNS Dietitian Signature _____ Date _____

- El folmlulario de la orden de dieta debe ser completada por el padre/tutor y firmada por el Doctor Medico cada Año.
- El arreglo para el menú de dietas especiales son proveidas solamente para condiciones medicas diagnosticadas.

INTRUCCIONES:

Parte I (Debe de ser completada por padre/tutor):

Nombre de Estudiante: Apellido de estudiante y primer nombre.

Fecha de nacimiento: Los seis digitos de la fecha de nacimiento (ejemplo. May 1, 1988 = 05-01-88).

Edad/Identificacion de Estudiante : La edad del estudiante y su numero de identificacion.

Escuela atendida por estudiante: Nombre de la escuela donde el estudiante asiste, grado, y año escolar.

Informacion de contacto de el padre/tutor:

- Numero de telefono actual incluyendo el codigo de area
- Dirreccion postal actual.

Nombre y Firma de Padre/tutor:

- Imprimir nombre
- Proveer firma

Comida comprada: Indique si el niño comprara, desayuno/almuerzo en la cafeteria de la escuela.

Programas de Antes y Despues de la escuelas: Indique si el estudiante atiende a WCPSS antes o despues programa de escuela.

Paret II (Debe ser completado por el Doctor Medico que trata al estudiante):

Diagnostico de Estudiante: Diagnostico clinico para la condicion, la cual require modificacion dietetico.

Indique la modificacion Dietetica: El Doctor medico que provee cuidado en relacion a el diagnostico debe de completar esta area.

Informacion del Doctor Medico:

- Nombre Imprimido
- Firma
- Numero de telefono
- Fecha de firma
- La estampilla de la Oficina Medica

Para preguntas por favor comuniquese al: 919-856-2918

Envie la forma completada a:
Wake County Public School System
Child Nutrition Services
Attention: Registered Dietitian/Diet Orders
1551 Rock Quarry Rd.
Raleigh, NC 27610