



Por favor espere hasta 2 semanas para que el formulario sea procesado. El formulario debe completarse en su totalidad o será devuelto.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – Debe ser completado por padre/madre o guardián legal

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

ID de estudiante _____ Escuela _____ Nombre de Maestro _____ Grado _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián: _____ Teléfono _____

Correo Electrónico de Padre/Madre o Guardián: _____

Doy permiso a los Servicios de Nutrición / Servicios de Salud para hablar con el Médico o la Autoridad Médica Autorizada que se indica a continuación para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación. Entiendo que, si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar documentación del médico de mi hijo al dietista del Servicio de Nutrición y Alimentos y a la enfermera de la escuela.

Firma del Padre/Madre o Guardián _____ Fecha _____

¿CUALES COMIDAS PLANEA EL ESTUDIANTE COMER EN LA ESCUELA? DESAYUNO ___ ALMUERZO ___ MERIENDA ___

SECCIÓN B: INFORMACIÓN MEDICA – DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA DEL ESTADO

¿Tiene el niño una alergia alimentaria potencialmente mortal que requiera una modificación de la dieta? [] NO [] SI, complete sección C
¿Tiene el niño una receta para un Epi-pen para una alergia alimentaria? [] NO [] SI
¿Tiene el niño una discapacidad que afecte a una actividad vital importante que requiera una modificación de la dieta? [] NO [] SI, complete la Sección D

La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, definen a una persona con una discapacidad como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades importantes de la vida", tiene un registro de tal discapacidad, o se considera que tiene dicha discapacidad".

SECCIÓN C: ALERGIAS ALIMENTARIAS
DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO CON LICENCIA O AUTORIDAD
MÉDICA QUE PRESCRIBA

ALIMENTOS PARA OMITIR:
___ Gluten de trigo
___ cacahuetes
___ Nueces de árbol
___ Semillas
- Por favor especifique _____
___ Soja
- ¿Puede el estudiante consumir lecitina de soja? _____
- ¿Puede el estudiante comer alimentos cocinados en aceite de soja? _____
___ Leche líquida solamente
- ___ Yogur ___ Quesos
___ Todos los productos lácteos, incluida la leche en productos horneados
___ Huevos (huevos enteros, por ejemplo: huevos revueltos)
___ Todos los alimentos que contienen huevo (por ejemplo, productos horneados)
___ Mariscos ___ Pescado (especifique a continuación)
Otras alergias alimentarias no enumeradas anteriormente (sea específico):

SECCIÓN D: DISCAPACIDADES
DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO CON LICENCIA O AUTORIDAD
MÉDICA QUE PRESCRIBA

Discapacidad: _____
Explicación: _____
Actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad (OBLIGATORIO)
(Marque todo lo que corresponda)
___ Función corporal principal ___ Comer ___ Respirar
___ Realizar tareas manuales ___ Cuidar de uno mismo
___ Hablar ___ Caminar ___ Escuchar
___ Ver
Otro: _____
Alimentos para omitir:
Se necesita modificación de textura: ___ Sí ___ No
- Líquidos: ___ Fino ___ Néctar espeso ___ Miel espeso
___ Pudín espeso
- Sólidos: ___ Puré ___ Mecánico Suave (picado)
___ Mecánico Suave (molido)
Orden de dieta terapéutica: proporcione detalles según sea necesario

Certifico que a los estudiantes mencionados anteriormente se les debe ofrecer sustitución de alimentos como se describe anteriormente debido a la discapacidad del estudiante y/o una alergia alimentaria potencialmente mortal.

Nombre completo del médico autorizado / autoridad médica que receta: _____ Fecha: _____

Firma del médico / autoridad médica que receta: _____ MD DO PA NP SLP

Nombre de la clínica / centro: _____ Teléfono: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo