

Declaración Médica para Estudiantes con Alergias Alimentarias

Este formulario debe ser entregado a la escuela donde asiste su hijo/a. Para recibir cualquier sustitución de alimentos usted tendrá que primero rellenar esta hoja por completo y entregárselo a la escuela del niño que sufre alergias u otra discapacidad. Es necesario que vuelva a rellenar una hoja nueva cada año. Si necesita hacer un cambio a mitad de año, será necesario rellenar una hoja nueva firmado por el médico de su hijo/a.

Parte 1 - Para ser completado por el padre / tutor. Por favor imprimir.	
1. Número de identidad estudiantil	
2. Nombre completo del estudiante	
3. Fecha de nacimiento del estudiante	
4. Escuela	
5. Nombre del padre/tutor	
6. Dirección de correo electrónico	
7. Teléfono del trabajo	
8. Teléfono celular	
9. Teléfono de casa	

Parte 2 - Para ser completado por un profesional de la salud con licencia estatal (LHP). Por favor imprimir.					
10. Este estudiante sufre de alergias a uno, o más, de los siguientes alimentos posiblemente mortales:					
<input type="checkbox"/>	Cacahuete (maní)	<input type="checkbox"/>	Pescado	<input type="checkbox"/>	Mariscos
<input type="checkbox"/>	Frutos secos	<input type="checkbox"/>	Leche	<input type="checkbox"/>	Soya
<input type="checkbox"/>	Trigo	<input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/>	Otro:
11. Es la alergia alimentaria del estudiante:					
<input type="checkbox"/>	Potencialmente Mortal	<input type="checkbox"/>	No Potencialmente Mortal		
12. Las alergias del estudiante son reactivas a través de:					
<input type="checkbox"/>	Ingestión	<input type="checkbox"/>	Contacto	<input type="checkbox"/>	Inhalación
13. ¿Suele tener una reacción alérgica cuando se usa el alérgeno como ingrediente en recetas de comidas? Por ejemplo: Suponiendo que su hijo estuviera alérgico a los huevos y una empanada de huevo pudiera provocar una reacción alérgica, pero productos de panadería que contienen huevos no precipita dicha reacción, entonces contestaría: No.					
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No		

14. Enumere los alimentos que deben ser eliminados de la dieta y los alimentos sustitutos aprobados:	
Comidas para eliminar	Sustituciones Sugeridas
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
15. Firma del LHP	17. Teléfono de oficina
16. Nombre del LHP	18. Fecha

<p>INSTRUCTIONS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Student ID: Print the child's RPS ID number. 2. Student's Full Name: Print the child's first and last name 3. Student's Birth Date: Print the date and year of the child's birth. 4. School: Print the name of the school that is providing the form to the parent. 5. Parent or Guardian's Name: Print the name of the person requesting the child's medical statement. 6. Email Address: Print the parent or guardian's email address (optional) 7. Work Phone: Print the telephone number of parent or guardian's place of employment. 8. Cell Phone: Print the cell phone number of parent or guardian. 9. Home Phone: Print the home telephone number of parent or guardian. 10. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected: Check all food allergens that restrict the child's diet that apply. 11. Is the student's allergy: Check if the child's allergen is life-threatening or non-life threatening. 12. Food Allergies: Check if the allergen is reactive via ingestion, physical contact and/or inhalation. 13. Do the allergy symptoms also occur when allergen is an ingredient in a food product?: Check Yes if the allergen will trigger a reaction if it is listed as an ingredient. Check No if no reaction if allergen is listed as an ingredient. 14. Foods to be Omitted: List specific foods that must be omitted (e.g., exclude fluid milk). Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice). 15. Signature of State Licensed Healthcare Professional: Signature of state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation. 16. Printed Name: Print name of state licensed healthcare professional. 17. Phone Number: Print telephone number of state licensed healthcare professional. 18. Date: Date state licensed healthcare professional signed form. 	<p>DEFINITIONS*</p> <p>"A Person with a Disability" is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such impairment.</p> <p>"Physical or mental impairment" means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory, including speech organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.</p> <p>"Major life activities" include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.</p> <p>"Has a record of such an impairment" is defined as having a history of, or have been classified (or misclassified) as having a mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.</p> <p>*Citations from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and Americans with Disabilities Act of 1990.</p>
--	---

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.