

### Orden de acomodaciones dietéticas especiales para el año escolar 2022-2023

Nombre del estudiante/participante	Fecha de nacimiento	#ID del estudiante
Firma del padre/tutor legal	Dirección de correo (ciudad, estado, código postal)	
Nombre de la escuela/grado	Fecha	Número de teléfono

La ley federal y la regulación del USDA requieren que los programas de nutrición hagan modificaciones razonables para acomodar a los niños con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad importante de vida o función corporal, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias de dieta personal. **Por favor haga que una Autoridad Médica Reconocida por el Estado\* complete el siguiente formulario\*\*:**

1. **Describa cómo la discapacidad afecta al estudiante\*\*** (p.ej., cómo la ingestión/contacto con el alimento afecta al niño):

2. **Anote el alimento(s) y/o bebida(s) específicos que se omitirán o modificarán\*\*** (marque **TODO** lo que corresponda):

- |  |  |                                 |   |
|--|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Huevos:</b>            | <input type="checkbox"/> Leche de vaca               | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Soya                 |
| <input type="checkbox"/> Horneado como ingrediente | <input type="checkbox"/> Yogurt                      | <input type="checkbox"/> Trigo  | <input type="checkbox"/> Nueces (clase) _____ |
| <input type="checkbox"/> Solo huevo (cocinado)     | <input type="checkbox"/> Queso                       |                                 | <input type="checkbox"/> Pescado              |
|  | <input type="checkbox"/> Horneado (como ingrediente) |                                 | <input type="checkbox"/> Moluscos             |

Otros – Explique: \_\_\_\_\_

3. **¿Es esta una alergia potencialmente mortal?\***  Sí  No

4. **Alimentos/bebidas de sustitución\*\***  Sin lactosa  Soya  Otro – **Explique\*\***:

\_\_\_\_\_  
Firma de la **Autoridad Médica Reconocida por el Estado\*** (MD, DO, PA o ARNP)

\_\_\_\_\_  
Fecha\*\*

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica\*\*

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la clínica\*

*\*Una Autoridad Médica Reconocida por el Estado es un profesional de la salud con licencia autorizada para prescribir recetas médicas en Washington: Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente del Médico (PA) con autoridad prescriptiva, Médico Naturopático o Enfermero Especializado (ARNP).*

**\*\*CAMPOS REQUERIDOS, EL FORMULARIO NO ES VÁLIDO SI NO ESTÁ COMPLETO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Director/Asistente de Director de Nutrición Infantil:

\_\_\_\_\_  
FECHA:

*Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene preguntas sobre dietas especiales/inquietudes sobre el menú, por favor envíe un correo electrónico a: [specialdiets@ysd7.org](mailto:specialdiets@ysd7.org) o llame al (509) 573-7156 .*