



Escuelas Públicas de Cincinnati

Servicios de comidas para estudiantes - Formulario de necesidades dietéticas especiales

Los Programas de Comidas en Escuelas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) exigen que se complete este formulario para modificar de forma razonable la dieta en las comidas escolares.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	AÑO ESCOLAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doy permiso a CPS SDS para hablar con la autoridad médica sobre las necesidades dietéticas según lo ordenado. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que repercuta en la elegibilidad de mi solicitud. Entiendo que puedo revocar el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada.		<input type="checkbox"/> Solicitud NUEVA <input type="checkbox"/> Solicitud de CAMBIO <input type="checkbox"/> DISCONTINUAR solicitud
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA

Sección A. Para ser completada por la autoridad médica (MD, PA o NP)

¿El estudiante tiene alguna discapacidad que limite su alimentación? Sí, continúe en esta sección No, consulte la **sección B**

*Si contestó SÍ, actividades importantes de la vida diaria afectadas por la discapacidad:

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> comer | <input type="checkbox"/> oír | <input type="checkbox"/> respirar | <input type="checkbox"/> aprender | <input type="checkbox"/> otra |
| <input type="checkbox"/> ver | <input type="checkbox"/> hablar | <input type="checkbox"/> caminar | <input type="checkbox"/> cuidar de uno mismo | |

I. Alergia alimentaria o intolerancia que afecte las actividades importantes de la vida:

Alergia a la leche:

Evite todos los productos lácteos o especifique a continuación:

- evitar el queso
- evitar el yogur
- evitar la leche líquida, sustituya con:
 - agua
 - leche de soja

Intolerancia a la lactosa:

Evite todos los productos lácteos o especifique a continuación:

- evitar el queso
- evitar el yogur
- evitar la leche líquida, sustituya con:
 - agua
 - leche de soja

Alergia al huevo:

Evite todos los productos con huevo o especifique a continuación:

- evitar el huevo entero (revuelto o hervido)
- evitar el huevo como ingrediente (productos horneados)

- Cacahuete Frutos secos Pescado Mariscos Trigo Soya Sésamo
 Otro: _____

II. Modificación de la textura de los alimentos

suministrados en los distritos: Líquidos:

Sólidos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> líquidos ligeros (regulares) | <input type="checkbox"/> regulares |
| <input type="checkbox"/> néctar espeso | <input type="checkbox"/> blando de masticación fácil - picado |
| <input type="checkbox"/> miel espesa | <input type="checkbox"/> blando de masticación - molido |
| <input type="checkbox"/> pudín espeso | <input type="checkbox"/> puré - textura de puré de manzana |

Cubiertos especiales necesarios:

III. Sustituto recomendado u otros requerimientos nutricionales:

NOMBRE DE LA AUTORIDAD MÉDICA (EN LETRA DE MOLDE)		
<input type="text"/>		
FIRMA DE LA AUTORIDAD MÉDICA	Nº DE TELÉFONO	FECHA

Sección B. Para ser completada por el padre, madre o tutor

Sí No

¿El estudiante tiene alguna preferencia dietética?

El USDA restringe las modificaciones del menú debido a las preferencias; sin embargo, CPS SDS prepara el menú para

Intolerancia a la leche

o especifique a continuación

- evitar el queso
- evitar el yogur

Vegetariano

No carne

No pollo

Otro: _____

Vegano

No cerdo

No pavo

evitar la leche líquida, sustituya por agua.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Devuelva el formulario completo a: cpsfs@cpsboe.k12.oh.us