

Esta forma deberá ser llenada por una persona con autorización médica profesional. Una vez llenada, favor de entregarla a la enfermera de la escuela.

La Información brindada al Servicio de Salud al inscribirse NO es compartida con el Departamento de Nutrición, incluyendo la información sobre alergias e intolerancias alimenticias. La solicitud entregada para una dieta especial, es la UNICA fuente de información que el Departamento de Nutrición recibe y utiliza para documentar cualquier necesidad alimenticia especial. La información sobre nutrición y alérgenos está disponible en la página del Departamento de Nutrición para ayudarle a planear las comidas de su hijo(a). Este departamento intentará hacer adaptaciones ante las alergias e intolerancias alimenticias que no ponen en riesgo la vida, pero se reserva el derecho de modificar el menú en función de la disponibilidad de los productos.

Nota: La firma de un padre solo es necesaria si la adaptación solicitada implica un sustituto de la leche líquida.

Nombre del alumno (Apellido, Nombre):		# de identificación:	
Escuela/Año escolar:		Fecha de nacimiento:	
Sección 1: ¿El alumno tiene alguna discapacidad, condición médica, o alergia severa/que ponga en riesgo su vida y/o que requiera de dieta especial? ☐ Sí ☐ No Si contestó "SI", especifique por favor cuál es la discapacidad: Actividad vital que se ve afectada por la discapacidad:			
Sección 2: Diagnóstico/Condición del alumno (marque una): ☐ Intolerancia alimenticia ☐ Alergia alimenticia			
Sección 3: Favor de elegir los alimentos que deban omitirse de la dieta del alumno durante los días de clases (elijá todos los que apliquen).			
Lácteos: ☐ leche líquida ☐ yogur ☐ queso ☐ evitar TODOS los productos lácteos	Huevos: ☐ huevos completos ☐ todo en el menú que tengan huevo como ingrediente Pescado/Moluscos: ☐ pescado ☐ moluscos	Nueces: ☐ cacahuates ☐ frutos secos de árbol (todo tipo de nueces) Trigo/Gluten: ☐ todas las cosas del menú que tengan trigo como ingrediente	Maíz/Soya: ☐ maíz completo (mazorca de elote, pan de elote) ☐ todas las cosas del menú que tengan maíz como ingrediente ☐ aceite de soya ☐ todas las cosas del menú que tengan soya como ingrediente
Otro (favor de especificar):			
Alimento que sea un sustituto seguro:			
Yo confirmo que el alumno(a) mencionado anteriormente necesita recibir alimentos sustitutos, tal y como ahí se describe, debido a su discapacidad o que pone en peligro su vida, por alergias o intolerancias alimenticias.			
Nombre de la autoridad médica:			
Teléfono de su consultorio:			
Firma:		Fecha:	
PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO:			
Enfermera de la escuela		Firma	
<i>La enfermera de la escuela firmará la forma ya llenada y dará una copia a la oficina de nutrición.</i>			

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades