Formulario de Solicitud de Adaptaciones Dietéticas Especiales

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____Escuela: _____

Solicitud de leche sin lactosa

Padres/Tutores: Completar esta sección proporcionará para beber leche sin lactosa, pero no resultará en leche o comidas sin productos lácteos. Consulte las instrucciones en el reverso para leche o comidas sin lácteos.

Estudiantes con intolerancia a la lactosa: Las escuelas están obligadas a proporcionar leche sin lactosa a los estudiantes que son intolerantes a la lactosa, previa solicitud por escrito de uno de los padres (Estatuto Estatal de MN 124D.114). La solicitud de leche sin lactosa requiere la firma de solo un padre/tutor. Esta petición no da lugar a leche ni comida sin lácteos.

Certifico que mi estudiante es intolerante a la lactosa, y que debe recibir leche sin lactosa.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección de correo electrónico: _____Teléfono: _____

Actualizar o suspender las adaptaciones dietéticas actuales

Padres/Tutores: Completar esta sección para actualizar o suspender las adaptaciones dietéticas especiales en el archivo de MPS CWS.

☐ **Actualización:** Elimine las siguientes alergias alimentarias de la cuenta de mi estudiante ya que ahora pueden consumirlas:

_____

☐ **Suspensión:** Mi estudiante ya no necesita adaptaciones dietéticas especiales, y por ese motivo todas las alergias alimentarias pueden ser eliminadas de la cuenta con efecto a partir de la fecha a continuación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Correo electrónico: _____Teléfono: _____

Se recomienda actualizar anualmente este formulario para apoyar mejor las necesidades de los estudiantes. Declaración de dieta especial para necesidades dietéticas médicas al reverso.

Devolver los formularios llenados por correo electrónico a (ask.dietitian@mpls.k12.mn.us), por fax al número (612-668-2830), o por correo postal a (812 Plymouth Ave N, Mpls 55411). El procesamiento y la implementación de las adaptaciones dietéticas puede tardar entre 10 y 14 días.

¿Preguntas? Contactarse con la/el dietista de MPS CWS en ask.dietitian@mpls.k12.mn.us o en el 612-668-2847. Para más información, visitar www.mpschools.org/departments/cws/special-diets.

Declaración sobre Dieta Especial por Necesidades Dietéticas Médicas

La ley federal y regulación de la USDA exigen que los programas de nutrición realicen modificaciones razonables para acomodar a los niños con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es una barrera que limita sustancialmente una actividad vital importante o una función corporal, y puede incluir alergias y condiciones digestivas, pero no incluye convicciones religiosas, morales ni preferencias personales.

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Autorización voluntaria: Doy permiso a MPS para proporcionar y recibir de las autoridades médicas listadas a continuación cualquier información educativa o de salud privada necesaria para preparar, actualizar o modificar esta Declaración Especial de Dieta. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud. Entiendo que puedo revocar el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, salvo cuando ya haya sido publicada.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: El proveedor de salud autorizado del estudiante debe llenar completamente la información a continuación. Los formularios incompletos serán devueltos y la aprobación se retrasará. Permita por favor de 10-14 días para el procesamiento e implementación de las adaptaciones dietéticas. Se notificará por correo electrónico al padre/tutor luego de la evaluación de la solicitud por la dietista de CWS. Se recomienda actualizar anualmente este formulario para apoyar mejor las necesidades de los estudiantes. Los cambios en las necesidades dietéticas requieren que el proveedor de salud complete un nuevo formulario.

Physician or medical authority* completes this section. (Médico o autoridad médica completa esta sección)

**Incluye médico titulado, asistente médico, dietista titulado, o enfermero titulado con práctica avanzada, como un enfermero especializado certificado*

1. Does the student have a disability recognized by the ADA Amendments Act? ☐ Yes ☐ No
   If yes, identify major life activities affected by disability: _____
2. Student's diagnosis or condition: _____
3. For food allergies or intolerances, select foods to avoid:
   ☐ Peanuts ☐ Tree nuts ☐ Coconut ☐ Soy ☐ Fish ☐ Shellfish ☐ Gluten/Wheat ☐ Sesame
   ☐ Other: _____

For egg allergies, select items to avoid:
- ☐ All egg-containing products
- ☐ Whole egg (scrambled or boiled)
- ☐ Eggs as ingredient in baked product

For milk allergies or intolerances, select items to avoid:
- ☐ All milk-containing products ☐ Yogurt ☐ Cheese
- ☐ Milk as beverage, substitute with:
  ☐ Water ☐ Dairy-free milk ☐ Lactose-free milk

4. Foods to substitute, if needed: _____
5. Texture modification, if needed, indicate IDDSI levels: _____

Medical Authority's Name & Credentials: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Clinic/Hospital: _____

Phone Number: _____ **Fax Number:** _____

Completed forms should be returned to ask.dietitian@mpls.k12.mn.us or by fax: 612-668-2830.

Aviso Legal: *MPS no cuenta con instalaciones certificadas como libres de gluten, y todos los platillos del menú son preparados en equipos compartidos. Para obtener más información,* visite www.mpschools.org/departments/cws/special-diets.