

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ ID # _____

Escuela _____ Grado _____

Diagnóstico u otra condición especial para restringir la dieta _____

Que debe hacerse para acomodar al niño (á) : _____

I. Alergia o intolerancia a alimentos No aplica

¿El estudiante tiene un Epi Pen en la escuela? SI NO

- Alergia a la leche No leche de vaca líquida
- Alergia a lácteos No Yogurt No Queso No Crema Evitar todos los lácteos incluyendo productos horneados
- Alergia al huevo No huevos enteros No clara de huevo No huevos en productos horneados
- No trigo No Gluten/Enfermedad celíaca No cacahuates No nueces No pescado No mariscos
- No proteína de soya/harina No aceite de soya/Lecitina No maiz
- Otros (Por favor enliste): _____

Por favor indique alimentos apropiadas para sustituir lo que omitió arriba, si es apropiado _____

***Nota: El Departamento de Nutrición de estudiantes tratará de acomodar lo que se solicita que sea sustituido, pero se reserva el derecho de modificar el menu en base a la disponibilidad del producto.**

II. Modificación de textura:

No Aplica

Líquidos:

- Líquidos regulares
- Consistencia como néctar
- Consistencia como miel
- Consistencia como pudding

Sólidos:

- Dieta blanda mecánica (picada)
- Dieta blanda mecánica (molida)
- Pure (Consistencia como papilla)

III. Orden de dieta terapéutica:

No Aplica

Por favor indique la dieta terapéutica _____

Certifico que este estudiante necesita los alimentos aquí mencionados sean substituidos, ya que debido a la intolerancia o alergia a alimentos aquí descritos puede causar una amenaza a su vida.

Doctor que receta/Autoridad Médica _____

Nombre de la Autoridad Médica _____ FECHA _____ MD DO PA NP SLP

Nombre de la clínica _____ Número de teléfono _____

Entiendo que si las necesidades de salud o médicas de mi hijo (a) cambian, es mi responsabilidad avisar al Departamento de Nutrición sobre los cambios. Doy mi permiso al personal responsable del Departamento, de implementar la dieta especial para mi hijo(a), de hablar acerca de la dieta especial de mi hijo(a) con su Médico .

Firma del padre/tutor

Correo electrónico

Fecha

Número para contactar padre/tutor

****Note por favor: Cuando llena esta forma por una alergia o intolerancia a algun alimento, KISD restringirá al estudiante de comprar alimentos que contengan los alérgenos, a no ser que se notifique lo contrario .**

De acuerdo a la ley Federal de Derechos Civiles y al Departamento de Agricultura (USDA) regulaciones y reglamentos, el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, e Instituciones participando o administrando programas de USDA tienen prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o por represalias o actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o fundada por USDA. Las personas discapacitadas que requieran diferentes medios de comunicación sobre información de programas (Por ejemplo Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje Americano de señas, etc), deberá contactar a la Agencia (Estatal o Local) donde se registraron para beneficios. Las personas sordas o con dificultad de audición o discapacidad de habla, deben contactar al USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877- 8339. Adicionalmente ,puede haber información disponible en otros idiomas a parte del Inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete la forma del USDA de Reclamo por Discriminación en el Programa (AD-3027) en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o mande una carta al USDA proporcionando la información requerida en la forma. Para solicitar la forma de Reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe la forma llena o la carta al 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; o (3) email: program.intake@usda.gov. Esta es una Institución proveedora de igualdad de oportunidades.