



Departamento de Nutrición Infantil de Denton ISD FORMULARIO DE SOLICITUD DIETÉTICA

Por favor, regrese este formulario firmado a foodallergy@dentonisd.org

Por favor, tenga en cuenta: Un formulario de Solicitud Dietética completo es el ÚNICO registro que Nutrición Infantil recibe y utiliza para documentar las necesidades dietéticas especiales.

- NUEVA MODIFICACIÓN DE COMIDA
 CAMBIAR LA MODIFICACIÓN DE COMIDA ACTUAL
 DESCONTINUAR LA MODIFICACIÓN DE COMIDA

A. DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTOR LEGAL:

Fecha:	Nombre del alumno:	Número de identificación:	Fecha de nacimiento:
Escuela actual:	Padre o tutor:	Número de teléfono:	

¿Su hijo(a) va a comer las comidas preparadas en la cafetería de la escuela? Si No

Entiendo que es mi responsabilidad enviar un nuevo formulario cada que ocurran cambios (es decir, cuando cambien las necesidades médicas o de salud del estudiante). Para eliminar las restricciones de alergia de la cuenta de este estudiante, el padre/tutor debe enviar una nota firmada o un correo electrónico indicando que el estudiante ya no tiene alergia/intolerancia alimentaria. Se debe incluir el número de teléfono y la firma del padre/tutor.

Doy permiso a Nutrición Infantil de Denton ISD para hablar con el médico que se menciona a continuación o con la autoridad médica reconocida para analizar las necesidades dietéticas prescritas a continuación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

B. PARA COMPLETARSE POR EL MÉDICO QUE ATIENDE AL ESTUDIANTE (EN LETRA DE MOLDE):

Por favor, tenga en cuenta: Nutrición Infantil intentará adaptarse a las alergias o intolerancias alimentarias que no pongan en peligro la vida pero se reserva el derecho de modificar el menú según la disponibilidad del producto.

Por favor, marque todos los productos que se omitirán debido a alergias alimentarias:

- | | | |
|---|---|--|
| <p>Lácteos</p> <input type="checkbox"/> Leche líquida <ul style="list-style-type: none"> • Por favor, seleccione una sustitución adecuada <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leche deslactosada <input type="checkbox"/> Leche de soya (soja) <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Todos los productos lácteos <input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con leche como ingrediente | <p>Huevos</p> <input type="checkbox"/> Huevos enteros (revueltos, duros) <input type="checkbox"/> Claras de huevo <input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con huevos como ingrediente | <p>Soya</p> <input type="checkbox"/> Soya entera (tofu, edamame) <input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con soya como ingrediente |
| <p>Trigo/gluten</p> <input type="checkbox"/> Gluten (trigo/cebada/centeno) | <p>Maíz</p> <input type="checkbox"/> Maíz entero <input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con maíz como ingrediente | <p>Pescado/mariscos</p> <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos |
| | <p>Nueces/semillas</p> <input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Sésamo | <p>Otros:</p> <hr/> <p>Preferencia religiosa/Creencias personales, restricciones alimentarias:</p> <hr/> |

C. INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

Nombre del proveedor de atención médica con licencia estatal: _____ MD DO RD PA NP SLP

Firma del proveedor de atención médica con licencia estatal: _____

Nombre de la clínica: _____ Número de teléfono: _____ Fax: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles. 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 del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el centro TARGET de USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con la USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, El formulario de queja por discriminación en el programa USDA que se puede obtener en línea: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina de USDA, al llamar al (866) 632-9992, o escribir una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario completo AD-3027 o carta debe enviarse a USDA por: **correo:** Departamento de Agricultura de EE. UU, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o al **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o al **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.