



FORMULARIO DE SOLICITUD DIETÉTICA Departamento de Nutrición Infantil de Denton ISD

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 va a comer las comidas preparadas en la cafetería de la escuela? Desayuno Almuerzo Merienda después de la escuela 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 mencionado a continuación o con la autoridad médica reconocida para analizar las necesidades dietéticas prescritas a continuación.

Fecha: _____

B. DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE TRATA 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 todas las alergias alimentarias (omitir estos alimentos) (*si corresponde*):

- | | | |
|---|---|---|
| <p>Lácteos</p> <p><input type="checkbox"/> Leche líquida</p> <p><input type="checkbox"/> Queso</p> <p><input type="checkbox"/> Yogurt</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los productos lácteos</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con leche como ingrediente</p> <p>Nueces/Semillas</p> <p><input type="checkbox"/> Cacahuates</p> <p><input type="checkbox"/> Nueces de árbol</p> <p><input type="checkbox"/> Sésamo</p> | <p>Huevos</p> <p><input type="checkbox"/> Huevos enteros (revueltos, duros)</p> <p><input type="checkbox"/> Claras de huevo</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los platos del menú con huevos como ingrediente</p> <p>Maíz</p> <p><input type="checkbox"/> Maíz entero</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con maíz como ingrediente</p> <p>Pescado/Mariscos</p> <p><input type="checkbox"/> Pescado</p> <p><input type="checkbox"/> Mariscos</p> | <p>Soya</p> <p><input type="checkbox"/> Soya entera (tofu, edamame)</p> <p><input type="checkbox"/> Proteína de soya</p> <p><input type="checkbox"/> Aceite de soya</p> <p><input type="checkbox"/> Lecitina de soya</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con soya como ingrediente</p> <p>Trigo/Gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Trigo</p> <p><input type="checkbox"/> Gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerante al glúten</p> |
|---|---|---|

Preferencia religiosa/Creencias personales Restricciones alimentarias: _____

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 del USDA al (202) 720-2600 (voz and TTY) o comuníquese con el 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, Formulario de queja por discriminación en el programa USDA que se puede obtener en línea en: <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, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo 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 o carta AD-3027 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 **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.