

**FORMA DE SOLICITUD DE DIETA**  
**Departamento de Nutrición Infantil de Denton ISD**

NUEVA MODIFICACIÓN DE COMIDA     CAMBIAR LA MODIFICACIÓN ACTUAL     DESCONTINUAR LA MODIFICACIÓN  
**NO es necesario renovar la forma cada año. Llene la nueva forma sólo si las necesidades dietéticas han cambiado. Enviar la forma completa a la enfermera de la escuela del estudiante.**

**A. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR LEGAL:**

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ # ID \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Escuela actual \_\_\_\_\_ Padre/tutor \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**B. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO POR EL ESTADO PARA ESCRIBIR RECETAS**

**(Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, una persona con una "discapacidad es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades de la vida")**

1. Condición médica/discapacidad del estudiante (REQUERIDO): \_\_\_\_\_
2. Explique por qué la discapacidad restringe la dieta del estudiante (REQUERIDO): \_\_\_\_\_
3. Actividad importante de la vida afectada por la discapacidad (comer, caminar, ver, oír, respirar, Aprender/leer, hablar, realizar tareas manuales, cuidar de uno mismo, función corporal importante) (REQUERIDO): \_\_\_\_\_
4. Comprobar todas las alergias alimentarias (omitir estos alimentos) (*si procede*):  
 Cacahuets     Frutos secos     Pescado     Mariscos     Trigo     Ajonjolí  
Alergia a productos lácteos (especificar):  Leche líquida (la leche de soja puede ser sustituida)  
 Productos lácteos (yogur, queso, etc.)  
 Todos los productos lácteos (incluidos como ingrediente en productos horneados)  
Intolerancia a los productos lácteos:  Leche líquida (la leche sin lactosa puede ser sustituida)  
 Productos lácteos (yogur, queso, etc.)  
 Todos los productos lácteos (incluido como ingrediente en productos horneados)  
Alergia a los huevos (especificar):  Huevo entero (ej. Huevos revueltos)  
 Huevo como ingrediente (ej. Panqueque, muffin)  
Alergia a la soja:  Soja como ingrediente principal (ej. Leche de soja, adarame, salsa de soja)  
Alergia al maíz:  Maíz como ingrediente principal (ej. Granos de maíz, tortilla de maíz)  
Otros (sea específico): \_\_\_\_\_  
Preferencia religiosa/creencias personales Restricciones alimentarias: \_\_\_\_\_  
Sustituciones para servir en lugar de comida(s) omitida(s) (REQUERIDO): \_\_\_\_\_

**C. INFORMACIÓN DEL MÉDICO:**

Nombre del proveedor estatal de atención médica con licencia: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica con licencia estatal: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Los cambios al tratamiento dietético deben ser por escrito por un profesional de la salud autorizado por el Estado. La interrupción de una adaptación para la modificación de la dieta puede ser presentada por escrito por un profesional sanitario autorizado por el Estado o por el padre/tutor del niño. El número de teléfono y la firma deben ser incluidos en la declaración de los padres. Enviar la declaración a la enfermera de la escuela del estudiante.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas 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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividades previas de derechos civiles. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), Debe comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con EL Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027. El formulario de quejas sobre discriminación del programa USDA puede obtenerse 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 del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 o carta completa debe ser enviado al USDA por: **E-mail:** Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C., 20250-9410; (2) fax: 1-833-256-1665 o el (202-690-7442; Email: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

