



# Servicios de Nutrición Infantil de Denton ISD

## SOLICITUD DIETÉTICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Entiendo que es mi responsabilidad renovar esta forma **antes de cada año escolar**. Entiendo que, si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar documentación del médico de mi hijo a la oficina de Servicios de Nutrición Infantil y a la enfermera de la escuela.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN/CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

### Modificaciones del menú para niños CON discapacidades

Los niños con discapacidades que requieren cambios en la comida básica deben proporcionar documentación con instrucciones de un médico autorizado. Esto es para asegurar que la comida modificada sea reembolsable, y para asegurar que cualquier modificación de la comida cumpla con los estándares de nutrición que son médicamente apropiados para el niño. La declaración del médico debe identificar:

Discapacidad del niño

Una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño

Actividad vital importante afectada por la discapacidad,

Los alimentos que se van a omitir de la dieta del niño y el sustituto adecuado de los alimentos.

### Necesidades dietéticas especiales de niños SIN discapacidades

Los niños sin discapacidades, pero con necesidades dietéticas especiales que requieran sustituciones o modificaciones de alimentos, pueden solicitar que el servicio de alimentación escolar satisfaga sus necesidades nutricionales especiales. La autoridad alimentaria de la escuela decidirá estas situaciones caso por caso. Una autoridad médica reconocida deberá proporcionar la documentación con la información que la acompaña.

### Sección A. (debe ser llenada por la autoridad médica autorizada)

**(OBLIGATORIO):** Discapacidad o alergia alimenticia grave que ponga en peligro la vida.

Describe la condición médica/discapacidad del alumno que requiere modificación de comida:

#### I. DISCAPACIDAD O ALERGIA A LA COMIDA QUE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA

**El estudiante tiene alergias que son potencialmente mortales / anafilácticas:**

Sí, continúe con esta sección  No, consulte la sección B.

**Alergia a los productos lácteos:**  No leche  No yogur  No queso

Evite todos los productos lácteos incluso en productos horneados

**Alergia a la leche** (leche de soya ofrecida en lugar de leche)

**Alergia al huevo:**  No huevo entero  No clara de huevo  No huevo en productos horneados

No trigo  No cacahuete  No frutos secos

No pescado  No mariscos  No soya  No maíz

**Omitir los alimentos "procesados en una instalación" con el  marcado en la parte anterior**

**Otros (por favor, liste):**

**\*Sustituciones seguras de alimentos:**

### Sección B.

**Alergia a los alimentos/Intolerancia (QUE NO AMENAZAN LA VIDA)**  
**El estudiante no tiene discapacidad, pero está solicitando una modificación dietética especial**

**\* POR FAVOR,  MARQUE ALERGIA o INTOLERANCIA \***

**ALERGIA**  **INTOLERANCIA**

**Alergia/intolerancia del estudiante a la(s) siguientes comidas(s):**  
**No produce una reacción anafiláctica/potencialmente mortal**

**I. Alergia productos lácteos:**  No leche fluida  No yogur  No queso

Evitar todos los productos lácteos incluso en productos horneados

**Intolerancia a la lactosa** (se ofrecerá leche Lactaid)

**Alergia a la leche** (se ofrecerá leche de soya solo para la alergia a la leche)

**II. Otras alergias/intolerancias a los alimentos:**

**Alergia al huevo:**  No huevos completos  No claras de huevos

No huevos en los productos horneados

No trigo  No cacahuete  No frutos secos

No pescado  No mariscos  No soya  No maíz

**Omitir todos los alimentos "procesados en una instalación" con los ingredientes marcados anteriormente**

**Otros (por favor, liste):**

**\*Sustituciones seguras de alimentos:**

**Nota: Nutrición infantil intentará acomodar las sustituciones según lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar el menú basado en productos disponibles**

### Sección C.

**Restricciones alimenticias por creencias religiosas / personales:**  
**(Solo requiere la firma del padre/tutor)**

**No puerco**  **No carne**  **No puerco ni carne**

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), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas diferentes del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: [Cómo presentar una queja](#), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta todos los de la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

Correo: Departamento de Agricultura de EE. UU. Fax: (202) 690-7442; o  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)  
Washington, D.C. 20250-9410;

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita que se le ofrezcan sustituciones de alimentos como se describe arriba debido a la discapacidad del estudiante/alergia a alimentos que amenaza la vida o intolerancia/alergia a alimentos como se indica.**

Nombre impreso de la autoridad médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  MD  DO  RD  PA  NP  SLP

Médico prescriptor/médico

Autoridad: \_\_\_\_\_

(Firma)

(Número de teléfono de contacto)