



PROGRAMA DE NUTRICIÓN INFANTIL DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE IDEA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DIETA ESPECIAL



Fecha: ____ / ____ / ____

Año escolar: _____

¿Tiene el niño una discapacidad identificada y / o una alergia alimentaria potencialmente mortal? **COMPRUEBA continuación**

No, mi hijo y yo seremos responsables de autocontrolar su alergia o intolerancia a los alimentos. * Solo complete la Parte I: el estudiante tiene una alergia o intolerancia a los alimentos que no pone en peligro la vida.

Sí, IDEA evalúa que mi hijo tiene una o más de las 13 categorías de discapacidad reconocidas y que, por lo tanto, necesita educación especial y servicios relacionados.* Complete la Parte II y III: el estudiante tiene una discapacidad y/o una alergia a los alimentos que pone en peligro su vida. Indique si la alergia se transmite por el aire.

Todas las secciones deben estar completamente completadas para que este formulario sea aceptado. *indica campo requerido.

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR

*Apellido del estudiante: _____

* Nombre del estudiante: _____

*Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Colegio: _____

Calificación: _____

Nombre del padre/tutor (letra molde): _____

ID del Estudiante: _____

*Correo Electrónico: _____

*Teléfono: _____

Fecha de solicitud: _____

SECCIÓN B: PARTE I, II Y III PARA SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL MÉDICO CON LICENCIA DE EE. UU. QUE TRATA AL ESTUDIANTE

PARTE I: Alergia o intolerancia a los alimentos que no ponen en peligro la vida (marque todas las que correspondan)

- Huevo entero Los huevos como ingrediente (es decir, el huevo como ingrediente en panqueques no está permitido)
 Maní Nueces de árbol (nueces, pecanas, almendras, avellanas, etc.)
 Evitar Solo Leche Líquida Evitar productos lácteos (leche líquida, queso, yogur, helado)
 Ajonjolí Evite solo la leche de soya
 Pescado Mariscos
 Indique otros: _____

PARTE II: Alergia o intolerancia alimentaria potencialmente mortal (marque todas las que correspondan)

- Huevo entero Los huevos como ingrediente (es decir, el huevo como ingrediente en panqueques no está permitido)
 Maní Nueces de árbol (nueces, pecanas, almendras, avellanas, etc.)
 Evitar Solo Leche Líquida Evitar productos lácteos (leche líquida, queso, yogur, helado) Evitar leche como ingrediente
 Ajonjolí Evite solo la leche de soya Productos de soya
 Pescado Mariscos Trigo/Gluten
 Indique otros: _____

PARTE III: DISCAPACIDAD

Indique todas las **discapacidades que requieren** modificaciones de comidas:

Actividad vital importante afectada por **DISCAPACIDAD**: Nota: El IPS no puede cumplir con este formulario de solicitud a menos que **esté marcada como mínimo una** actividad de vida:

- Comer Hablar Oír Ver Caminar Aprender Respirar Cuidar de sí mismo
 Realización de tareas manuales Otra, especifique _____

Orden de Dieta: Indique restricciones específicas en el espacio

- Provisto Diabetes: _____
 Restricción de Sodio: _____
 Renal: _____

Modificaciones de textura, si corresponde, especifique a continuación:

- Líquidos: Sin Restricciones Fina Concentración aumentada Concentración aumentada Concentración aumentada (Miel) Concentración aumentada (Pudín)
 Sólidos: Sin restricciones Picado de fácil masticación Molido de fácil masticación Puré

Si bien la creciente prevalencia de la obesidad infantil es un grave problema de salud, actualmente NO está clasificada como una discapacidad. No obstante, el Programa de Nutrición Infantil de las Escuelas Públicas de IDEA proporciona menús nutricionalmente ricos y saludables para TODAS las comidas: por lo tanto, no sería necesaria una solicitud de dieta especial para estas opciones.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MÉDICO: PARA SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL MÉDICO DE EE. UU. QUE TRATA AL ESTUDIANTE

Nombre del médico de EE. UU. Que receta: _____

*Teléfono: _____

*Firma del médico que receta en EE. UU.: _____

Fecha: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, códigopostal): _____

De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar en base a la raza, color, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba USDA, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame a la línea gratuita (866) 632-9992 (Voz). Los individuos con discapacidades auditivas o de habla deben contactar a USDA a través del Servicio de Intermediación Federal al (800) 877-8339 o (800) 845-0136 (Español). USDA es un empleador y proveedor de igualdad de oportunidades.