



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? **COMPRUEBEA 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.

☐ **Si**, 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: _____

Calificación: _____

*Fecha de nacimiento: ____/____/____

Colegio: _____

ID del Estudiante _____

Nombre del padre/tutor (letra molde): _____

*Teléfono: _____

*Correo Electrónico: _____

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

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

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

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

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

PORTE 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:

- | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Oír | <input type="checkbox"/> Ver | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Aprender | <input type="checkbox"/> Respirar | <input type="checkbox"/> Cuidar de sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Realización de tareas manuales | <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____ | | | | | | |

Orden de Dieta: Indique restricciones específicas en el espacio

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Provisto Diabetes: | | | |
| <input type="checkbox"/> Restricción de Sodio: | | | |
| <input type="checkbox"/> Renal : | | | |
| <input type="checkbox"/> Modificaciones de textura , si corresponde, especifique a continuación: | | | |
| <input type="checkbox"/> Líquidos: | <input type="checkbox"/> Sin Restricciones | <input type="checkbox"/> Fina | <input type="checkbox"/> Concentración aumentada (Néctar) |
| <input type="checkbox"/> Sólidos | <input type="checkbox"/> Sin restricciones | <input type="checkbox"/> Picado de fácil masticación | <input type="checkbox"/> Molido de fácil masticación |
| | | | <input type="checkbox"/> Concentración aumentada (Miel) |
| | | | <input type="checkbox"/> Concentración aumentada (Pudín) |
| | | | <input type="checkbox"/> 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, código postal) _____

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.

12.05.2026