



Programa de Nutrición Infantil Solicitud de Dieta Especial 2016 - 2017

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Nombre) _____ ID# _____ Escuela _____

PARA SER LLENADO POR UN MÉDICO O AUTORIDAD MEDICA

Sección A.

Liste la condición medica o discapacidad (REQUERIDO): _____

Si el estudiante tiene alergias anafilácticas o que ponen en peligro su vida, indique a continuación:

Alergia a los lácteos:	Alergia a la leche:	Alergia al cacahuete o nueces:	Alergia al Maíz:	Alergia a la Soya:	Alergia al Huevo:	Alergia al Trigo:	Alergia al Pescado o Marisco:
<input type="checkbox"/> No Lácteos Líquidos <input type="checkbox"/> No Yogurt <input type="checkbox"/> No Queso <input type="checkbox"/> Evitar todos los lácteos, incluso en productos horneados	<input type="checkbox"/> No Leche <i>(se ofrecerá leche de soya)</i>	<input type="checkbox"/> No Cacahuete <input type="checkbox"/> No Nueces	<input type="checkbox"/> No Maíz	<input type="checkbox"/> No Soya	<input type="checkbox"/> No Huevo Entero <input type="checkbox"/> No Clara de Huevo <input type="checkbox"/> No Huevo en productos horneados	<input type="checkbox"/> No Trigo	<input type="checkbox"/> No Pescado <input type="checkbox"/> No Mariscos
						Otras Alergias:	

Si el estudiante tiene una alergia o intolerancia que no pone en peligro su vida, indique a continuación:

- Intolerancia a la Lactosa (se ofrecerá leche deslactosada)
- Otras: _____

Sección B.

Si el estudiante requiere modificación en la textura de la comida, indique a continuación:

Líquida _____ Suave _____ Puree _____

Todo el año: _____ Temporalmente: _____ Si es temporal, fecha de inicio: _____ fecha de termino: _____

Si el estudiante tiene otras necesidades dietéticas especiales, indique a continuación:

Cuenta de Gramos de Carbohidratos: Desayuno _____ Comida _____ Snack _____

Restricción de Sodio: _____ PKU: _____ Cardíaco: _____ Otra: _____

Yo certifico que el estudiante nombrado necesita substituciones por la condición medica o discapacidad indicada anteriormente.

Nombre de la autoridad medica y firma _____ Nombre de la Clínica _____
 Numero Telefónico (____) _____ Fecha _____

Nota: El Programa de Nutrición Infantil intentara hacer las substituciones indicadas, pero reserva el derecho a modificar el menú basado en la disponibilidad de producto.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIAN

Entiendo que si las necesidades de mi hijo(a) cambian, es mi responsabilidad proveer la documentación medica del doctor o autoridad medica a la enfermera de la escuela.

Firma de Padre o Guardián _____ Fecha _____
 Dirección/ Correo Electrónico _____
 Numero Telefónico (____) _____

Por favor, entregue la solicitud completada a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.