

Departamento de Nutrición Infantil de LISD

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE ALERGIA / DISCAPACIDAD ALIMENTARIA

El formulario debe ser completado por un profesional médico autorizado Devuelva la copia completa a la Oficina de Nutrición Infantil.

Dirección postal: 1565 B W. Main St., Lewisville, TX 75067 Fax #: 214-626-1860

Información enviada a los Servicios de Salud al momento de la inscripción NO es recibida por el Departamento de Nutrición Infantil. Esto incluye alergias e intolerancias alimentarias. Un Formulario de Solicitud de Sustitución de Alergia / Discapacidad Alimentaria completado es el ÚNICO registro que el Departamento de Nutrición Infantil recibe y utiliza para documentar cualquier necesidad dietética especial.

PARTE 1: A COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Nombre del estudiante:	Número de identificación del estudiante:	
Escuela:	Nivel de grado:	FDN:
Nombre del padre/tutor:	Relación con el estudiante:	
Correo electrónico:	Teléfono de día#:	
Dirección postal:	Ciudad:	Código postal:
¿Qué comida(s) comerá su estudiante en la cafetería de la escuela? <input type="checkbox"/> Desayuno <input checked="" type="checkbox"/> Almuerzo <input checked="" type="checkbox"/> Merienda después de Escuela		

PARTE 2: DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR IMPRIMA)

¿El estudiante tiene una discapacidad identificada, alergia alimentaria o intolerancia alimentaria que requiere una dieta especial?

En Caso Afirmativo: Complete La Parte 2



SI NO: No se requiere una dieta especial

- ALERGIA SEVERA:** El estudiante tiene una alergia alimentaria que es grave o causa una reacción anafiláctica
- ALERGIA LEVE:** El estudiante tiene una alergia alimentaria que es menos grave o no causa una reacción anafiláctica
- INTOLERANCIA ALIMENTARIA:** El estudiante tiene una intolerancia alimentaria que requiere una dieta modificada
- DISCAPACIDAD:** El estudiante tiene una discapacidad que requiere una dieta modificada

Elija alimentos para omitir de la dieta de un estudiante durante el día escolar (seleccione todos los que correspondan).

Lácteos

- Intolerancia a la lactosa
- Lechiláctea fluida solamente
- Solo todos los productos lácteos naturales (leche, queso, yogur, helado)
- Todos los elementos del menú con lácteos como ingrediente
- El jugo es un sustituto aceptable de la leche líquida para una alergia o intolerancia a la leche

Huevos

- Huevos enteros (revueltos, hervidos-duros)
- Todos los elementos del menú con huevos como ingrediente

Soja

- Proteína de soja
- Aceite de soja
- Todos los elementos del menú con ingredientes de soja (incl lecitina de soja, aceite)

Nueces

- Cacahuets
- Nueces de árbol

Pescados/Mariscos

- Pescado
- Marisco

Wheat/Gluten

- Todos los elementos del menú con trigo como ingrediente
- Celíaco

Otro: Especifique: _____

Modificación de la textura: Especifique (mezclado, picado, espesante, etc.): _____

I certify that the above named student requires food substitutes as described above due to their disability, food allergy, or food intolerance.

Medical Authority Name (Printed):

Phone Number:

Medical Authority Signature:

Date:

The Child Nutrition Department will attempt to accommodate the substitutions as requested but reserves the right to modify the menu based on product availability

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese 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, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, 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 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.