

**FAX: 281-328-9240 ATENCIÓN: DIETISTA
MODIFICACIÓN A LA DIETA INDICADA POR EL MÉDICO**

POR FAVOR COMPLETA Y VOLVER SI ES APLICABLE

El Programa de Alimentos Escolares del Departamento de Agricultura de Estados Unidos requiere que **SE RESPONDAN TODAS LAS PREGUNTAS** para realizar **CUALQUIER** modificación o sustitución de dieta en las comidas escolares.

Nombre del Padre / Tutor _____ Nombre del Estudiante _____

Nombre de la Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Como padre o tutor, le doy **permiso a Crosby ISD para que se comunique con el consultorio médico** en lo que respecta a las necesidades dietéticas de mi hijo/a. _____ (Firma)

PARTE A – ÚNICAMENTE COMPLETAN ESTA PARTE LOS ESTUDIANTES CON ALERGIAS A LAS COMIDAS CON RIESGO DE MUERTE (Si no tiene ALERGIA A LAS COMIDAS CON RIESGO DE MUERTE PASE ESTA SECCIÓN y DIRÍJASE A LA PARTE B.)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO Fecha _____

Yo _____, (médico) declaro que el niño/ la niña arriba mencionado/a
Nombre del Médico (por favor, escriba en IMPRENTA)

tiene la siguiente ALERGIA A LAS COMIDAS CON RIESGO DE MUERTE.

1. Alergia a las comidas con riesgo de muerte – Omitir estas comidas:

leche líquida Cacahuets nueces de árbol huevos pescado mariscos trigo soja

2. ¿El estudiante puede consumir alimentos en los que el alergénico sea un ingrediente del producto de la comida? si no (Ejemplo: Se omiten los huevos revueltos pero se permite el huevo como ingrediente en panqueques)

Explique _____

3. Otras alergias a las comidas con riesgo de muerte (enumere todas) – Omitir las siguientes comidas:

4. Explicación sobre por qué esta discapacidad restringe la dieta: _____

5. Actividad principal de la vida que se ve afectada por la alergia con riesgo de muerte (marque todas las que correspondan):

(NOTA: Crosby ISD no podrá hacer cumplir este documento excepto que se marque por lo menos una actividad de la vida.)

comer cuidarse a sí mismo realizar tareas manuales caminar ver
 escuchar hablar respirar aprender

6. Comidas Sustitutas (NOTA: Crosby ISD no podrá hacer cumplir este documento excepto que se indiquen las sustituciones a continuación.)

Firma del Médico

Teléfono

Nombre y Dirección de la Clínica/ las Instalaciones

Departamento de Nutrición Infantil de Crosby ISD - Brian Aubin, Director - Shannon Preston MS, RD, LD

FAX: 281-328-9240 ATENCIÓN: DIETISTA
MODIFICACIÓN A LA DIETA INDICADA POR EL MÉDICO

El Programa de Alimentos Escolares del Departamento de Agricultura de Estados Unidos requiere que SE RESPONDAN TODAS LAS PREGUNTAS para realizar CUALQUIER modificación o sustitución de dieta en las comidas escolares.

Nombre del Padre / Tutor _____ Nombre del Estudiante _____

Nombre de la Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Como padre o tutor, le doy **permiso a Crosby ISD para que se comunique con el consultorio médico** en lo que respecta a las necesidades dietéticas de mi hijo/a. _____ (Firma)

PARTE B – ÚNICAMENTE COMPLETARÁN ESTA PARTE LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES (estudiantes con INTOLERANCIA A LA LACTOSA PASEN POR ALTO ESTA SECCIÓN Y COMPLETEN LA PARTE C)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Fecha _____

Yo _____, (médico) declaro que el niño/ la niña mencionada en la parte superior de la página posee la siguiente **DISCAPACIDAD**.

Nombre del Médico (por favor, escriba en IMPRENTA)

1. Enumere todas las discapacidades que requieran modificaciones en las comidas:

2. Explicación de por qué esta discapacidad restringe la dieta:

3. Actividad principal de la vida que se ve afectada por la DISCAPACIDAD (marque todas las que correspondan):

(NOTA: Crosby ISD no podrá hacer cumplir este documento excepto que se marque por lo menos una actividad de la vida.)

____ comer ____ cuidarse a sí mismo ____ realizar tareas manuales ____ caminar ____ ver
____ escuchar ____ hablar ____ respirar ____ aprender ____ otra, especifique _____

4. Comidas a Omitir:

5. Comidas Sustitutas *(NOTA: Crosby ISD no podrá hacer cumplir este documento excepto que se indiquen las sustituciones a continuación.)*

Firma del Médico

Teléfono

Nombre y Dirección de la Clínica/ las Instalaciones

FAX: 281-328-9240 ATENCIÓN: DIETISTA
MODIFICACIÓN A LA DIETA INDICADA POR EL MÉDICO

El Programa de Alimentos Escolares del Departamento de Agricultura de Estados Unidos requiere que SE RESPONDAN TODAS LAS PREGUNTAS para realizar CUALQUIER modificación o sustitución de dieta en las comidas escolares.

Nombre del Padre / Tutor _____ Nombre del Estudiante _____

Nombre de la Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Como padre o tutor, le doy **permiso a Crosby ISD para que se comunique con el consultorio médico** en lo que respecta a las necesidades dietéticas de mi hijo/a. _____ (Firma)

PARTE C – ÚNICAMENTE COMPLETARÁN ESTA PARTE LOS ESTUDIANTES CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Fecha _____

Yo _____, (médico) declaro que el niño/ la niña mencionada en la parte superior de la página tiene **INTOLERANCIA A LA LACTOSA**.
Nombre del Médico (por favor, escriba en IMPRENTA)

Por favor, marque todos los que correspondan:

___ leche líquida ___ yogurt ___ quesos crudos ___ quesos cocidos ___ helado

Conforme a la regla de *Sustituciones Finales de la Leche en los Programas de Nutrición Escolar* del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, Crosby ISD únicamente puede sustituir la leche de vaca con un equivalente de leche (es decir que ya no podrá sustituir el líquido) para los estudiantes que no tengan una discapacidad o una alergia con riesgo de muerte.

La política de Crosby ISD es proporcionarles únicamente leche libre de lactosa a los estudiantes con INTOLERANCIA A LA LACTOSA.

Firma del Médico

Teléfono

Nombre y Dirección de la Clínica/ las Instalaciones

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, gender identity (including gender expression), sexual orientation, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the responsible Agency or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

Si tiene alguna pregunta comuníquese con Carrie Allen al 281-328-9200 interno 1253