

**Solicitud de modificación de la dieta para los alimentos que se sirven en el programa de
Nutrición Infantil del Distrito Escolar de Carson City**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Distrito y/o escuela/lugar: _____
Nombre del Padre/Guardián: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el paciente alguna discapacidad que se marque en la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 de los estadounidenses con discapacidad actualizada bajo los estatutos.

SI = Discapacidad-Tiene que completarse por un Médico certificado.

El gobierno federal regula los programas de nutrición infantil estos deben de proporcionar a las escuelas/distritos comidas sustitutas para los estudiantes que se definan como estadounidenses con una discapacidad marcada dentro de la ley, y que esta discapacidad restrinja su dieta, esto debe ser apoyada con una declaración hecha por un medio certificado por el estado, la cual incluye la información y preguntas de la parte inferior.

a. **Debe ser identificada:** 1) impedimento/diagnosticó como discapacidad, 2) afecta la mayor parte de la actividad diaria, y3) porque esto altera la dieta del estudiante:

b. ¿Qué modificaciones son necesarias en la dieta? (e.g., cambios en la textura y/o sustitutos en los alimentos)
Debe identificarse el tipo de alimentos que deben ser omitidos: (vea el reverso de la página) **deben** identificar los alimentos que van a ser sustituidos/incluirlos.

Firma del Medico certificado _____ Date: _____
Por favor imprima su nombre: _____

NO = Condición Médica, pero no discapacidad – debe ser elaborado por una autoridad medica reconocida.

A consideración de la escuela/distrito, los menús pueden sustituirse con una declaración firmada de una autoridad médica para un estudiante que no está discapacitado pero que no puede consumir alimentos debido a intolerancias alimentarias o alergias.

a. Por favor identifique la condición médica o dieta especial que incluya intolerancias o alergias que alteran la dieta del estudiante:

b. ¿Cuáles modificaciones son necesarias en la dieta? (e.g., Cambios en la textura/o sustitutos en los alimentos)
Enliste los alimentos que deben ser omitidos: (vea al reverso de la página) Adherir los alimentos a sustituir

Firma del médico certificado: _____ Fecha: _____
Por favor nombre impreso: _____

**¿Preguntas? Por favor contacte a Christine Lenox at 775-283-2304 clenox@carson.k12.nv.us.
Por favor regrese esta forma con la enfermera de la escuela o envíela a la oficina del Programa de Nutrición a Elizabeth Snyder**

Debe permanecer en el archivo de la Oficina de Servicios de Nutrición Infantil.

Fecha en la que se recibió por la Oficina de Nutrición Infantil: _____ Fecha de término: _____(documentación anexa)

Algunos alérgenos comunes se encuentran en los alimentos de diferentes formas.

Por favor marque en el cuadro en frente de cada grupo de alimentos los que NO deberían servirse/causan alergias.

Lactosa/leche – no suministre los siguientes alimentos marcados: SUSTITUYALOS CON ESTOS ALIMENTOS:

- Leche líquida para tomar o usada en cereal
NO__
- Postres que contengan leche: nieve/helado, pudín
- Entradas calientes con queso como primer ingrediente:
Queso a la parrilla, pizza con queso, o macarrón con queso
- Queso cocido en productos tales como: una cacerola o
en pizza con carne
- Queso helado como en: palitos de queso, rebanadas de
queso o en sándwich

- Leche en productos como: panes, puré de papa,
O en galletas saladas/dulces

¼ de taza de leche líquida puede ser usada en cereal? SI __

Soya – no suministre los siguientes alimentos marcados: SUSTITUYALOS CON ESTOS ALIMENTOS:

- Productos con proteína que contengan soya
- Cosas procesadas en aceite de soya
- Alimentos con soya como ingrediente, no importa donde
lo contenga.

- Alimentos con soya, enlistado como 4to ingrediente
O al final de la lista.

Huevo– no suministre los siguientes alimentos marcados: SUSTITUYALOS CON ESTOS ALIMENTOS:

- Huevos cocinados como, revueltos, huevos duros servidos
helados /calientes
- Huevos usado para empanizar/revestir productos.
- Productos horneados que contengan huevo, como panes y postres.

Mariscos/pescados-no suministre los siguientes alimentos marcados: SUSTITUYALOS CON ESTOS ALIMENTOS:

- Especifique tipo de mariscos/pescado:_____

Cacahuete/maní - no suministre los siguientes alimentos marcados: SUSTITUYALOS CON ESTOS ALIMENTOS:

- Cacahuates, individual o como ingrediente
- Comidas que contengan aceite de cacahuete
- Alimentos identificados que se manufacturen en una
fabrica que también maneja cacahuetes

Nueces de árbol– no suministre los siguientes alimentos marcados: SUSTITUYALOS CON ESTOS ALIMENTOS:

- Especifique los tipos:_____
- Alimentos identificados que se manufacturen en una
fabrica que también maneja nueces

Sustitución de la leche por razones de no discapacidad (Para una discapacidad, un médico certificado debe firmar en la parte delantera)

A consideración de la escuela/distrito, los menús pueden sustituirse con una declaración firmada por el padre o una autoridad médica para un estudiante que no puede consumir leche líquida, por alguna razón la solicitud no cumple con el nivel de discapacidad.

_____ Yo solicito un sustituto de leche líquida para mi estudiante.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la ley federal y la póliza del departamento de los E.U., esta institución prohíbe la discriminación por raza, color, origen de nacionalidad, genero, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, oficina de adjudicación al 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o comuníquese al 1(866)632-9992 (voz). Individuos con discapacidad auditiva o discapacidad del lenguaje

pueden contactar a la oficina de USDA a través servicio de retransmisión federal por el 1(800)877-8339 o 1(800)845-6136 (Español). USDA es un empleador y proveedor que ofrece igualdad oportunidades