

# Pedido de modificación de dieta

## Solicitud de modificación de dietas para los alimentos servidos a través de Programas de Nutrición Infantil del Distrito Escolar del Condado de Washoe

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Distrito y / o escuela / sitio: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Tiene el paciente una discapacidad como se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 de la Ley de Americanos con Discapacidad y actualizaciones?

SÍ = Incapacidad-Para ser completado por un médico licenciado o una autoridad médica reconocida (Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía, Asistente Médico o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada)

Las regulaciones federales que gobiernan los Programas de Nutrición Infantil proveen que las escuelas / distritos **deben** hacer sustituciones en las comidas para los estudiantes que se consideran tienen una discapacidad según lo definido por la Ley de Americanos con Discapacidad y cuya discapacidad restringe su dieta cuando está respaldada por una declaración firmada por un médico licenciado por el estado que incluye toda la información en las preguntas a y b siguientes.

### ¿Está el estudiante en el Plan de IEP o 504?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿se incluye la siguiente información a continuación en el IEP o en el Plan 504?? Sí  No

- En caso afirmativo, el resto del formulario no necesita ser completado. La escuela / distrito puede usar el IEP o el Plan 504 en lugar de este formulario y mantenerlo en el archivo.
- Si no, el resto del formulario debe ser completado.
  - a. Descripción del impedimento físico o mental del niño (debe ser suficiente para permitir que la escuela / distrito entienda cómo restringe la dieta del niño):

Firma (autoridad médica reconocida): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre y el título: \_\_\_\_\_

NO = Condición médica, pero no una discapacidad - Para ser completado por la autoridad médica reconocida (Doctor en Medicina, Doctor en Osteopatía, Asistente Médico o Práctica Avanzada Enfermera Registrada)

Una escuela / distrito, **a su discreción**, puede hacer sustituciones de menú con una declaración firmada de una autoridad médica reconocida para un estudiante que está solicitando una modificación de comida.

### a. Descripción del impedimento físico o mental del niño (debe ser suficiente para permitir que la escuela / distrito entienda cómo restringe la dieta de su hijo):

### b. ¿Qué modificaciones de la dieta se solicitan? (por ejemplo, cambios de textura y / o sustituciones de artículos alimenticios) Enumere los alimentos que se deben omitir: (ver al dorso de la página) Alimentos a ser sustituidos / agregados

Firma (autoridad médica reconocida): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, escriba el nombre y el título: \_\_\_\_\_

**Algunas alergias comunes que se encuentran en los alimentos de diversas maneras.**

**Por favor, marque la casilla delante de los grupos de alimentos que NO deben ser servidos:**

**Lactosa / leche - No sirva los siguientes artículos marcados:**

- Leche fluida para beber o usar en cereales
- Postres a base de leche tales como: helado y pudín
- Entradas calientes con queso como ingrediente principal como:
- Queso asado, pizza de queso o macarrones con queso
- Queso al horno en productos tales como: una cazuela o en pizza de carne
- Queso frío como: queso o queso en rodajas en un sándwich
- Leche en productos tales como: panes, puré de patatas, galletas o galletas de Graham.

**SERVIR ESTOS ARTÍCULOS EN VEZ:**

¼ de taza de leche líquida para ser usada en cereales: Sí No

**Soja - no sirven los siguientes seleccionados:**

- Productos proteicos extendidos con soja
- Productos procesados cocidos en aceite de soja
- Productos alimenticios con soja como ingrediente independientemente de la lista de ingredientes
- Los productos alimenticios con soja se enumeran como el cuarto ingrediente o más abajo en la lista

**SERVIR ESTOS ARTÍCULOS EN VEZ:**

**Huevo - No sirva los siguientes artículos marcados:**

- Huevos cocidos como huevos revueltos o huevos duros servidos calientes o fríos
- Huevos utilizados en el empanado o revestimiento de productos
- Productos horneados con huevos como panes o postres

**SERVIR ESTOS ARTÍCULOS EN VEZ:**

**Mariscos o pescados - No sirva los siguientes artículos marcados:**

- Tipo específico de pescado o marisco: \_\_\_\_\_

**SERVIR ESTOS ARTÍCULOS EN VEZ:**

**Cacahuetes - No sirva los siguientes artículos marcados:**

- Cacahuetes, individualmente o como ingrediente
- Alimentos que contienen aceite de cacahuete
- Productos de alimentos identificados como fabricados en una planta que también usa cacahuetes

**SERVIR ESTOS ARTÍCULOS EN VEZ:**

**Tuercas de árbol - No sirva los siguientes artículos marcados:**

- Tuercas de árbol - No sirva los siguientes artículos marcados:
- Especifique las clases:

**SERVIR ESTOS ARTÍCULOS EN VEZ:**

**Artículos de alimentos identificados como fabricados en una planta que también maneja las nueces**  
**Sustitución de la leche para no discapacidad**

**razones (para una discapacidad, el médico licenciado debe firmar en la parte delantera)**

\_\_\_\_\_ Solicito un sustituto de la leche líquida para mi estudiante.

Una escuela / distrito, a su **discreción**, puede hacer un **sustituto de nutrientes iguales** con una declaración firmada de un padre o proveedor médico para un estudiante que es incapaz de consumir leche líquida para cualquier solicitud razonable que **no sube a un nivel de una discapacidad**

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Preguntas? Por favor, póngase en contacto Silvia Matinez-Gil en [Silvia.Martinez-Gil@washoeschools.net](mailto:Silvia.Martinez-Gil@washoeschools.net) o 775-325-8431. Por favor devuelva este formulario a la enfermera o a la oficina de la escuela para ser enviado al Departamento de Nutrición Infantil / Servicio de Alimentos.**

---

**Para mantenerse en los archivos de la Oficina de Servicios de Nutrición Infantil.**

**Fecha recibida por nutrición infantil: \_\_\_\_\_**

**¿Es necesaria una aclaración adicional en la declaración médica? \_\_\_ Sí o \_\_\_ No. Si la respuesta es afirmativa, por favor indique su seguimiento aquí:**

**Fecha inicial: \_\_\_\_\_**

**Fecha que suspendió: \_\_\_\_\_ (Adjuntar documentación)**

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se prohíbe a esta institución discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al 1 (800) 877-8339 o 1 (800845-6136 (español)). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.