



Solicitud de adaptaciones para necesidades dietéticas especiales

Este formulario debe ser completado por un médico con licencia (u otra autoridad médica) o el padre/tutor de los estudiantes a los que se les haya diagnosticado una alergia alimentaria potencialmente mortal o una discapacidad y que requieran una dieta especial o adaptaciones alimentarias. Tenga en cuenta que una persona con una discapacidad se describe en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (1973) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, así como la regulación de no discriminación del USDA, como una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente uno o más actividades de la vida y que se harán todas las solicitudes razonables de sustituciones de alimentos y bebidas para que el estudiante pueda comer.

***** Para acomodar mejor y de manera segura a los estudiantes, este formulario debe completarse en su TOTALIDAD y entregarse a la enfermera de la escuela dentro de los cinco (5) días escolares. Los formularios que no se completan en su totalidad y con precisión pueden causar restricciones dietéticas innecesarias o adaptaciones inexactas.*****

PARTE I - Padre/tutor legal para completar esta sección: Grado del estudiante:_____ Sexo: M F	
Apellido del estudiante_____	Nombre del estudiante_____
Nombre(s) del padre/madre/tutor legal_____	Número de teléfono_____
Nombre(s) del padre/madre/tutor legal_____	Número de teléfono_____
Dirección de correo electrónico del padre/tutor legal:_____	
¿Cuál de las anteriores es la mejor manera de comunicarse con los padres/tutores si tienen preguntas? Teléfono	
Correo electrónico	

PARTE II – Padre/tutor legal O médico autorizado para completar esta sección:	
Does the student have an allergy or intolerance that requires them to have a milk substitute?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Explain why the student needs a milk substitute.	

Appropriate substitutions:	

Are yogurt and cheese acceptable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is milk as an ingredient acceptable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Physician Signature: _____	Date Signed:_____
Printed Name of Physician: _____	Phone #_____

Consulte el reverso para completar el formulario.



Solicitud de adaptaciones para necesidades dietéticas especiales

CONSENTIMIENTO PATERNO: Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para compartir esta información con el personal apropiado del distrito (esto incluye, entre otros, administradores, maestros, personal de apoyo, conductores de autobuses, personal de servicio de alimentos, conserjes, entrenadores y empleados sustitutos). También acepto LO SIGUIENTE: Notificar a la escuela si se cambia o suspende la receta para la alergia alimentaria o la epinefrina; Otorgar permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico sobre problemas de salud y tratamiento en lo que respecta a los medicamentos y/o diagnósticos anteriores en relación con sus necesidades educativas y de manejo del comportamiento; Proporcionar un transporte seguro del medicamento hacia y desde la escuela a un funcionario escolar y proporcionar una dosis de respaldo de epinefrina si es necesario. **Al firmar este formulario, también reconozco que la falsificación o el informe inexacto de cualquier información en este formulario puede resultar en un alojamiento retrasado o inexacto, una restricción innecesaria de la dieta y un peligro potencial para mi hijo. La Corporación Escolar de North White no se hará responsable de ningún daño causado por informes inexactos del tutor legal o del médico con licencia en este formulario.**

Firma del padre/tutor:

Fecha:

School Use Only:

- Form Received on _____.
- Form incomplete. Parent contacted on _____.
- Accommodations will begin on _____.
- Separate Doctors note on file.

Signed: _____

Printed: _____

Consulte el reverso para completar el formulario.