



DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ADAPTACIONES DIETÉTICAS

Nombre del Estudiante		Fecha del Nacimiento	
Nombre del Padre o Tutor	Correo Electrónico del Padre	Numero del Teléfono del Padre	
Marque Uno: <input type="radio"/> El estudiante tiene anafilaxia alimentaria (alergia alimentaria que pone en peligro la vida). <input type="radio"/> El estudiante no tiene anafilaxia alimentaria (alergia alimentaria que pone en peligro la vida) pero está solicitando una comida especial o una adaptación, debido a la intolerancia a los alimentos u otras razones médicas. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a satisfacer las solicitudes razonables. Un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera practicante deben firmar este formulario.			
Enumere la Lista de Intolerancia a los Alimentos: <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">Enumere las Alergias Alimentarias Significativas</div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/>			
* Firma del Profesional de la Salud con Licencia	Nombre en Letra de Molde	Número de Teléfono	Fecha

*** Para este propósito, un profesional de la salud con licencia es un médico con licencia, un asistente médico o un enfermero profesional.**

La información en este formulario debe actualizarse anualmente para reflejar las necesidades nutricionales actuales del estudiante.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completada al USDA por correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Secretario Auxiliar para los Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.