



Operations Division

Orange County Public Schools

Formulario para Solicitar Modificaciones Dietarias

(Sección 1)

Año Escolar 2020-2021

Este formulario es para una necesidad médica certificada de una dieta especial que incluya alergias a los alimentos.

El Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición en OCPS está comprometido con la misión y visión de nuestra organización. Nuestra meta es servir comidas nutritivas a todos los niños, incluyendo aquellos que han sido diagnosticados con alguna condición médica o necesidades dietarias especiales. Al completar este formulario para solicitar modificación en la dieta, usted declara lo siguiente:

- Su niño(a)/estudiante tiene una condición de salud diagnosticada para la cual es necesaria una modificación dietaria. Solo la Sección 1 de este formulario debe ser completada y firmada por los padres. **(No preferencias alimentarias).**
- Las necesidades y solicitudes de dietas especiales, incluidas las relacionadas con preferencias personales y creencias morales o religiosas, no son discapacidades y no pueden ser atendidas.
- Cuando es necesaria una modificación de alimentos debido a una discapacidad médica, un profesional de la salud con licencia estatal debe completar y firmar la Sección 2 de este formulario.

Nombre del Estudiante: _____ Dirección Postal: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Identificación del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Su niño(a) padece de alergia a alimentos? Yes No

Las alergias a alimentos, ¿son severas o potencialmente letales? Yes No

Su niño(a)/estudiante tiene una discapacidad médica que le limita, al menos, una de las actividades de vida diarias y requiere una modificación dietaria fuera del programa tradicional de servicios de alimentos? Yes No **(Si usted contestó afirmativamente, se requiere documentar la Sección 2 de este documento con una autoridad médica certificada)**

Explique: _____

***Declaración de Relevancia Médica*:** Yo, _____, padre / guardián oficial del niño (a) antes mencionado (a) otorgo el consentimiento para intercambiar información dietaria pertinente, según sea necesaria, entre el médico y la escuela. Toda la información obtenida será estrictamente confidencial.

Nombre del Médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

** Firma del padre / guardián: _____

Indique las alergias o sensibilidad a los alimentos que apliquen.

Leche y Productos Lácteos

- Para Leche Fluida solamente, complete la Forma de Sustitución de Leche.

Huevos

Trigo

Soya

Maní

Nueces

Pescado

Mariscos/Crustáceos

Maíz

Sésamo

Si su hijo tiene alguna otra alergia a alimentos, dicha sustitución sólo se puede evaluar individualmente cuando esté respaldada por un formulario de modificación de la dieta firmado por una autoridad médica reconocida, como un médico, un asistente médico o una enfermera practicante. **(Complete la Sección 2).**

POR FAVOR, COMPLETE Y FIRME ESTA SECCION

Yo autorizo que mi niño(a) pueda ser identificado(a) en la línea de servicio de comida

Nombre del padre o guardián (letra de molde): _____

Firma de padre o guardián: _____

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____



Operations Division
Orange County Public Schools

Para uso de su médico solamente (Section 2)

Nombre del estudiante: _____ ID: _____
 Escuela: _____

Para declarar discapacidad, es decir: diabetes, trastornos gastrointestinales y enfermedad renal o alergias graves a los alimentos: proporcione una breve descripción de la actividad vital más importante (es decir: respiración, aprendizaje) afectada por la discapacidad o una reacción grave y / o potencialmente mortal de la alergia alimentaria.

Recomendación Dietaria: (Para restricciones de carbohidratos o proteínas, incluya el nivel permitido para cada comida): _____

Alimentos no permitidos:	Sustitutos Sugeridos:

Modificación de Texturas: Si es necesario, seleccione una alternativa apropiada para el estudiante.

Líquidos: <input type="checkbox"/> Diluido <input type="checkbox"/> Diluido tipo néctar <input type="checkbox"/> Espeso tipo miel <input type="checkbox"/> Espeso tipo natilla ("pudding")	Sólidos: <input type="checkbox"/> Molido (Mechanical Soft) <input type="checkbox"/> Cortado en pedazos pequeños ("Mechanical Soft") <input type="checkbox"/> Puré (Textura de Salsa de Manzana)
---	---

Firma del médico:	Nombre del médico:	Licencia Profesional:
Número de Teléfono:	Fecha:	Nombre de Dietista personal del estudiante y numero de contacto:
Numero de Fax:		

Nombre de la Dietista OCPS: _____ Fecha de evaluación y recomendaciones: _____

The School Board of Orange County, Florida, does not discriminate in admission or access to, or treatment or employment in its programs and activities, on the basis of race, color, religion, age, sex, national origin, marital status, disability, genetic information, sexual orientation, gender identity or expression, or any other reason prohibited by law. The following individuals at the Ronald Blocker Educational Leadership Center, 445 W. Amelia Street, Orlando, Florida 32801, attend to compliance matters: ADA Coordinator & Equal Employment Opportunity (EEO) Officer: Carianne Reggio; Section 504 Coordinator: Latoria Green; Title IX Coordinator: James Larsen (407.317.3200). 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. 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 (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may 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 complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: How to File a 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. This institution is an equal opportunity provider.