

**DECLARACIÓN MÉDICA para EL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN INFANTIL (CAFETERÍA ESCOLAR) (PÁGINA 1 DE 2)  
COMPLETAR SÓLO SI SU HIJO NECESITA MODIFICACIÓN DE LA DIETA EN LA CAFETERÍA.**

**FAX COMPLETADO DECLARACIÓN MÉDICA A: 281-641-1072 ATENCIÓN: DIETÉTICO**

**Nota: Este forma NO se necesita llenar cada año. Llena una forma nueva sólo si las alergias del alimento han cambiado desde el año pasado. El Programa de Comidas Escolares del Departamento de Agricultura de los EE.UU. requiere que TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS, en orden para hacer CUALQUIER sustituciones o modificaciones de dieta, en las comidas escolares.**

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**PARTE A: Si su hijo tiene una alergia de alimento o dieta especial pero NO comerá las comidas de la cafetería del Distrito Escolar de Humble, por favor de firmar abajo de esta caja.**

**NO HAY NECESIDAD DE COMPLETAR el resto de esta forma, si su hijo no comerá en la cafeteria.**

**Si firmas esta sección, se colocará un bloqueo en la cuenta de su hijo que impedirá todas las compras en la cafetería.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**PARTE B – PARA LOS ESTUDIANTES CON ALERGIAS DE ALIMENTO QUE AMENAZA LA VIDA. ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL AUTORIDAD MÉDICA QUE TIENE LICENCIA DEL ESTADO PARA ESCRIBIR RECETAS MÉDICAS.**

**(Si NO HAY ALERGIAS DE ALIMENTO QUE AMENAZA LA VIDA, NO LLENE ESTA SECCION, y SIGA A PARTE C, de atrás de esta forma).**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el estudiante mencionado arriba poseer los siguientes ALERGIAS DE ALIMENTO QUE AMENAZA LA VIDA.

Autoridad Médica (Médico) Nombre (por favor IMPRIMIR)

**1. Alergias de alimento que amenaza la vida – Rodear todos los alimentos que se deben omitir:**

leche de vaca      cacahuates      nueces      huevos      pescado      marisco de cáscara      trigo      soya

otra alergia de alimento que amenaza la vida, especificar: \_\_\_\_\_

**2. Puede el estudiante consumir comidas donde el alergeno se usa como ingrediente en la comida? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No**

**(Ejemplo: huevos revueltos son omitiros pero, huevos como ingrediente en receta de panqueques se permite)**

Explicar \_\_\_\_\_

**3. Explicación de porque esta incapacidad restringe la dieta (NOTA: Humble ISD no puede honrar este documento a menos que se proporcione una explicación.)**

**4. La actividad mayor de la vida afectada por la INCAPACIDAD (marque lo que aplica) (NOTA: El Distrito Escolar de Humble no puede cumplir con este documento, a menos que una actividad mayor de la vida sea marcada.)**

\_\_\_\_ flexión      \_\_\_\_ concentrando      \_\_\_\_ levantamiento      \_\_\_\_ visión      \_\_\_\_ pensando

\_\_\_\_ respirar      \_\_\_\_ comer      \_\_\_\_ importante función corporal      \_\_\_\_ dormido      \_\_\_\_ caminar

\_\_\_\_ cuidado de si mismo      \_\_\_\_ audición      \_\_\_\_ realizando tareas manuales      \_\_\_\_ hablar      \_\_\_\_ trabajando

\_\_\_\_ comunicado      \_\_\_\_ el aprendizaje      \_\_\_\_ leyendo      \_\_\_\_ en pie

\_\_\_\_ otros no listados, por favor especifica: \_\_\_\_\_

**5. Alimentos para sustituir (NOTA: El Distrito Escolar de Humble no puede cumplir con este documento, a menos que las SUSTITUCIONES sean anotados abajo o el médico refiere al paciente a un bromatólogo registrado que especifica los artículos del menú.)**

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección de Clínica

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el *Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA*, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**DECLARACIÓN MÉDICA para EL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN INFANTIL (CAFETERÍA ESCOLAR) (PÁGINA 2 DE 2)  
COMPLETAR SÓLO SI SU HIJO NECESITA MODIFICACIÓN DE LA DIETA EN LA CAFETERÍA.**

**FAX COMPLETADO DECLARACIÓN MÉDICA A: 281-641-1072 ATENCIÓN: DIETÉTICO**

Nota: Este forma NO se necesita llenar cada año. Llenar una forma nueva sólo si las alergias del alimento han cambiado desde el año pasado. El Programa de Comidas Escolares del Departamento de Agricultura de los EE.UU. requiere que **TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS, en orden para hacer CUALQUIER sustituciones o modificaciones de dieta, en las comidas escolares.**

Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**PARTE C – LOS ESTUDIANTES CON UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE AFECTA SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE COMIDA ESCOLAR DEBEN HACER ESTA SECCIÓN COMPLETADA POR UNA AUTORIDAD MÉDICA QUE TIENE LA LICENCIA DEL ESTADO PARA ESCRIBIR MEDICAMENTOS RECETADOS**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el estudiante mencionado arriba poseer el siguiente CONDICIÓN MÉDICA que restringe la dieta del niño.  
Autoridad Médica (Médico) Nombre (por favor IMPRIMIR)

**1. Circule cualquier opción abajo que requiere modificación de comida:**

autismo	dystroph muscular	enfermedad del corazón	hemofilia	nefritis
parálisis cerebral	esclerosis múltiple	anemia de células falciformes	fiebre reumática	HIV
epilepsia	cáncer/leucemia	envenenamiento por el plomo	tuberculosis	asma
deterioro del Lenguaje	discapacidad visual	discapacidad auditiva	trastorno emocional	
atraso mental	problemas ortopédicos	lesión traumática del cerebro	alcoholismo	
adicción a las drogas	desorden metabólico, especificar _____			

**2. En orden para hacer cambios de dieta, se requiere explicación porque esta incapacidad restringe la dieta (NOTA: Humble ISD no puede honrar este documento a menos que se proporcione una explicación.) \_\_\_\_\_**

**3. La actividad mayor de la vida afectada por la INCAPACIDAD (marque lo que aplica) (NOTA: El Distrito Escolar de Humble no puede cumplir con este documento, a menos que una actividad mayor de la vida sea marcada.)**

___ flexión	___ concentrando	___ levantamiento	___ visión	___ pensando
___ respirar	___ comer	___ importante función corporal	___ dormido	___ caminar
___ cuidado de si mismo	___ audición	___ realizando tareas manuales	___ hablar	___ trabajando
___ comunicado	___ el aprendizaje	___ leyendo	___ en pie	
___ otros no listados, por favor especifica: _____				

**4. Alimentos para omitir: (NOTA: El Distrito Escolar de Humble no puede cumplir con este documento, ALIMENTOS ESPECÍFICOS PARA OMITIR se enumeran a continuación o la autoridad médica (médico) refiere al paciente a un dietista registrado que especifica los elementos del menú.)**

**5. Alimentos para sustituir (NOTA: El Distrito Escolar de Humble no puede cumplir con este documento, a menos que las SUSTITUCIONES sean anotados abajo o el médico refiere al paciente a un bromatólogo registrado que especifica los artículos del menú.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Medico

Fecha

Teléfono

Nombre y Dirección de Clínica

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.