WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Food & Nutrition Services Department
700 S. Bridge
Weslaco, TX 78596
(956) 969-6593 Fax (956) 969-6596

RECETA MEDICA DE DIETA ESPECIAL

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Salon de Clase: _____

NOTA A PADRES/TUTORES: El distrito escolar requiere lo siguiente para poder hacer cambios a la dieta especial del Desayuno o Comida de su hijo/a:

1. Presente esta receta firmada por usted y por el medico. (EEUU solamente)
2. Presente una nueva receta al inicio de **cada año escolar.**
3. Para cambiar o cancelar la receta medica, necesitamos la autorización por escrito de usted y su medico.

PARA LA ENFERMERA O EL PERSONAL MEDICO DE OFICINA:

Diagnóstico o condición (afección) medico del estudiante:	Bajo la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973, el americano Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990 y la ley de enmiendas ADA de 2008, "una persona con una discapacidad" es cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que sustancialmente limita una o más actividades importantes de la vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento. **Marque las principales actividades vitales afectadas:** ☐ Caminar ☐ Ver ☐ Oír ☐ Hablar ☐ Respirar ☐ Trabajar ☐ Aprender ☐Hacer tareas manuales ☐ Cuidarse solo (incluso comer solo) ☐ Otra: _____
Receta de Dieta Terapéutica:	**Indique los requisites de consistencia de la comida:** ☐Suave ☐Pedazos ☐Molido ☐ Puré

Alimento Intolerante: _____

Alergia de Alimento: _____

Reacción Anafiláctico: □ **SI** □ **NO**

Si el estudiante tiene alergias con peligro de muerte, indique la reacción alérgica (indique todo aplicable):

☐ Ingestión ☐ Contacto ☐ Inhalación

Alergia/Intolerancia a la leche (por favor indique el nivel de restricción de la leche:

☐ Leche para beber ☐ Todos los productos lácteos como leche fluida, queso, yogurt, margarina, aderezos y productos horneado

☐ Estudiante permitido leche de soja ☐ Estudiante permitido leche sin lactose

Otra información/instrucciones con respecto a la dieta o alimentación: _____

Esta autorizado el padre a descontinuar la dieta sin la autorización del medico? □ **SI** □ **NO**

Duración de la dieta: _____ Semanas _____ Meses _____ hasta Julio 2020 **(Nueva receta cada año escolar)**

_____ _____ _____

Nombre del Medico **Firma del Medico** **Fecha**

PADRES O TUTORES

Yo _____, padre de _____ autorizo al Departamento De Servicios de Alimentación servir
Nombre del Padre Nombre del estudiante
la dieta recomendada por el medico. Autorizo el uso de la información de la dieta entre el medico, la enfermera escolar y el personal del departamento de Servicios Alimenticios.

_____ _____ _____ _____

Firma del Padre Fecha Teléfono Teléfono de emergencia

"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 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. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades."

Favor de mandar por fax a:

Atentamente: Ms. Becky Gracia Fax: (956) 969-6596 Teléfono: (956) 969-6593

REQUISITO RENOVACION ANUAL

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Nurse's Signature: _____ **Date Received:** _____ **Dietitian's Signature:** _____ **Date Received:** _____