

WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Food & Nutrition Services Department
814 E. Plaza
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:

<p>Diagnóstico o condición (afección) medico del estudiante:</p>	<p>Bajo la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973, el Acto de Americanos con Discapacidades (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.</p> <p>Marque las principales actividades vitales afectadas:</p> <p><input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Trabajar <input type="checkbox"/> Aprender</p> <p><input type="checkbox"/> Hacer tareas manuales <input type="checkbox"/> Cuidarse solo (incluso comer solo)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>
<p>Receta de Dieta Terapéutica:</p>	<p>Indique los requisitos de consistencia de la comida:</p> <p><input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Pedazos <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré</p>

Alimento Intolerante: _____

Alergia de Alimento: _____

Reacción Anafiláctica: 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 discontinuar la dieta sin la autorización del medico? SI NO

Duración de la dieta: _____ **Semanas** _____ **Meses** _____ **hasta Julio 2021** (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 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.

Nombre del Padre

Nombre del estudiante

Firma del Padre _____

Fecha _____

Teléfono _____

Teléfono de emergencia _____

*Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.oicio.usda.gov/document/ad-3027>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; ó (2) fax: (833) 256-1665 ó (202) 690-7442; ó (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades."

Favor de mandar por fax a:

Atentamente: Mrs. Laura Jimenez Garza 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:** _____