



# Declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos



Este formulario debe ser rellenado si el padre/estudiante requiere sustituciones en el menú de la cafetería por una alergia o intolerancia alimentaria del alumno.

¿Come en la escuela su estudiante?  Sí  NO

Estimado padre o tutor legal:

La escuela de su estudiante participa en un programa de nutrición con recursos federales que requiere que CPS ofrezca alimentos y/o leche a los estudiantes. Sin embargo, cuando existe una discapacidad (por ejemplo, una alergia a los alimentos) o una necesidad dietética o restricción documentada por un proveedor de salud, deben realizarse ajustes razonables al menú. Por favor, provea su información de contacto y pida

al proveedor de salud de su estudiante que rellene este formulario. Por favor devuelva este formulario completo a la escuela de su estudiante junto con un Plan de Acción de Alergia a los Alimentos (que se encuentra en [cps.edu/OSHW](http://cps.edu/OSHW)). Contacte a [food@cps.edu](mailto:food@cps.edu) con cualquier pregunta adicional:

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL			CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES		
TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL		NOMBRE DE LA ESCUELA			
DIRECCIÓN DE ESCUELA		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

## Nota del proveedor de salud

**Alergia a los alimentos** es una “discapacidad” bajo la Ley de Americanos con Discapacidades. Si el niño tiene una alergia a los alimentos, por favor marque “Sí” en la pregunta 1 abajo.

<b>1. ¿TIENE EL ESTUDIANTE UNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERA UNA ADAPTACIÓN A LOS ALIMENTOS?</b> <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es NO, vaya al punto 2 a la derecha. <input type="checkbox"/> Sí Si es Sí, provea la siguiente información a continuación y responda a las preguntas 3, 4 y 5.		<b>2. EL ESTUDIANTE NO TIENE UNA DISCAPACIDAD, PERO REQUIERE UNA DIETA ESPECIAL. IDENTIFIQUE EL PROBLEMA MÉDICO QUE JUSTIFICA LA DIETA ESPECIAL DEL ESTUDIANTE Y RESPONDA A LAS PREGUNTAS 3, 4 Y 5 ABAJO.</b>	
<b>a) ¿Cuál es la discapacidad?</b>		<b>3. ENUMERE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN SER OMITIDOS:</b>	
<b>b) ¿Qué actividad mayor de la vida es afectada?</b>		<b>4. ENUMERE LAS SUSTITUCIONES ESPECÍFICAS DE ALIMENTOS ACEPTABLES. POR FAVOR, ADJUNTE UN MENÚ SI CORRESPONDE:</b>	
<b>c) ¿Qué significa la discapacidad en términos de la dieta del estudiante?</b>		<b>5. FIRMA DEL PROVEEDOR DE SALUD. <span style="float: right;">FECHA</span></b>	

**SCHOOL USE ONLY: Please give a copy of this form to the school nurse and the lunchroom manager. Also scan and email the form to [food@cps.edu](mailto:food@cps.edu).**

School Nurse Signature

Date reviewed

Date scanned to [food@cps.edu](mailto:food@cps.edu)