



# Declaración del proveedor de salud para la sustitución de alimentos



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

**Nombre del padre/Tutor legal: devuelva este formulario al/a la enfermero/a de la escuela de su niño.**

Estimado padre/tutor legal:

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

Por favor escriba con impenta:

APELLIDO LEGAL DE HIJO / A		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL			CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES		
TELÉFONO DEL PADRE/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 NIÑO 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 NIÑO NO TIENE UNA DISCAPACIDAD, PERO REQUIERE UNA DIETA ESPECIAL. IDENTIFIQUE EL PROBLEMA MÉDICO QUE JUSTIFICA LA DIETA ESPECIAL DEL NIÑO 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 niño</b>		<b>5. FIRMA DEL PROVEEDOR DE SALUD. <span style="float: right;">FECHA</span></b>	

**SCHOOL USE ONLY: Please scan and email this form to [food@cps.edu](mailto:food@cps.edu)**