Declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos

Chicago Public Schools

Este formulario debe ser completado si un padre, madre, tutor/a o estudiante solicita sustituciones en el menú del comedor escolar debido a una necesidad médica del estudiante (por ejemplo, alergia alimentaria, intolerancia u otra discapacidad física o mental).

Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), un estudiante con alergias alimentarias puede ser considerado como una persona con una discapacidad física o mental que limita de manera significativa una o más actividades importantes de la vida diaria.

Las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) participan en programas federales de nutrición infantil que ofrecen comidas y leche a los estudiantes. Si un médico documenta una necesidad dietética especial, se deben hacer cambios en las comidas.

Pida al médico de su hijo que complete este formulario y lo entregue a la enfermera de la escuela, junto con un Plan de Acción para Alergias Alimentarias (cps.edu/healthforms).

¿SU HIJO COME O PLANEA COMER LAS COMIDAS DE LA ESCUELA? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DE LA ESCUELA	DIRECCIÓN DE ESCUELA

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE O TUTOR LEGAL	TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Esta sección debe ser completada por un profesional de la salud con licencia estatal (autorizado para emitir recetas médicas) o por un dietista registrado.

1. DESCRIBA LA DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL DEL ESTUDIANTE Y CÓMO RESTRINGE SU DIETA Y/O SU ACCESO A LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN..

2. ¿HAY ALGÚN ALIMENTO Y/O INGREDIENTE QUE DEBA EVITARSE? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si respondió SÍ, por favor enumere los alimentos y/o ingredientes que deben evitarse.

3. ENUMERE LAS ALTERNATIVAS QUE PUEDEN PROPORCIONARSE PARA LOS ALIMENTOS O INGREDIENTES MENCIONADOS.

4. ENUMERE CUALQUIER OTRA MODIFICACIÓN Y/O SERVICIO ADICIONAL NECESARIO PARA ATENDER LA DISCAPACIDAD DEL ESTUDIANTE DURANTE LAS HORAS DE COMIDA.

5. FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	FECHA

SCHOOL USE ONLY:
A copy of this form must be shared with the school nurse and emailed to food@cps.edu with a school nurse's signature.

School Nurse Name and Email

School Nurse Signature	Date reviewed	Date scanned to food@cps.edu

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

CONTACT FOOD@CPS.EDU WITH QUESTIONS

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

RETAIN IN THE STUDENT CUMULATIVE FOLDER