DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD 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

NOMBRE DEL NIÑO:	FECHA:

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 con cualquier pregunta adicional:

_____
Nombre de la escuela

_____
Nombre del padre/Tutor legal

_____
Dirección (calle)

_____
Teléfono del padre/Tutor legal

_____
Dirección (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.*

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

1. ¿Tiene el niño una discapacidad que requiera una adaptación a los alimentos?
   - ☐ No — Si es **no**, vaya a la pregunta 2 abajo.
   - ☐ Sí — Si es **sí**, provea la siguiente información a continuación y responda a las preguntas 3, 4 y 5.

   a) ¿Cuál es la discapacidad? _____

   b) ¿Qué actividad mayor de la vida es afectada? _____

   c) ¿Qué significa la discapacidad en términos de la dieta del niño? _____

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.

3. Enumere los alimentos **específicos** que deben ser omitidos.

4. Enumere las sustituciones **específicas** de alimentos aceptables. Por favor, adjunte un menú si corresponde.

5. _____ _____
Firma del proveedor de salud **Fecha**

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

FOR SCHOOL USE ONLY: Please scan and email this form to **food@cps.edu**

School Nurse Signature:_____

Date reviewed: _____

Date scanned to food@cps.edu:_____