

Guía de la Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Especiales de Nutrición en Comidas Servidas en la Escuela

PARTE A- PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

La Declaración médica para estudiantes con necesidades especiales de nutrición en comidas servidas en la escuela les permite a la escuela modificar las comidas para los estudiantes que lo requieren. El personal de la escuela no puede cambiar la textura de la comida ni sustituir alimentos ni alterar la dieta del estudiante en la escuela sin toda la información que se solicita en este formulario. Llenar el formulario en su totalidad le permite al equipo del estudiante formular un plan con usted para darle comidas seguras y apropiadas al estudiante mientras se encuentre en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Se necesita su firma para que la escuela del estudiante pueda tomar medidas con respecto a la declaración médica. El personal de la escuela no puede cambiar la textura de la comida ni sustituir alimentos ni alterar la dieta del estudiante en la escuela sin toda la información que se solicita en este formulario. Su firma es requerida para que su escuela tome acción en la Declaración Médica.

Siga los pasos que se presentan a continuación para comenzar:

- 1) Llene completamente la Parte A de la declaración Médica.
- 2) Lleve la Declaración Médica al pediatra o al doctor de cabecera del estudiante y pídale que llene completamente la Parte B.
- 3) DEVUELVA LA DECLARACIÓN MÉDICA COMPLETADA CON LAS FIRMAS DESDE EL PADRE / TUTOR Y LA AUTORIDAD MÉDICA, AL DIRECTOR DE CAFETERIA ESCOLAR O AL ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR / DIETISTA
- 4) Pregúntele a la escuela cuándo va a reunirse a considerar la información presentada en este formulario el equipo en que se encuentran usted y el administrador de nutrición del sistema escolar del estudiante. Puede invitar a la reunión a personas de su comunidad con conocimientos sobre los problemas de alimentación y nutrición de su estudiante. Estas serían personas que podrían ayudar al personal de la escuela a diseñar un plan de comidas servidas en la escuela a su estudiante, tales como el pediatra, la enfermera, el patólogo del lenguaje y el habla, el terapeuta ocupacional, el dietista registrado o el ayudante de asistencia personal del estudiante.

PARTE B – MÉDICOS Y AUTORIDADES MÉDICAS: *(Médico licenciado, asistente médico y enfermera practicante)*

Se requiere la firma de una Autoridad Médica Reconocida para estudiantes con una discapacidad. La escuela no puede cambiar la textura de la comida ni sustituir alimentos ni alterar la dieta del estudiante sin una declaración apropiada de parte suya. Las modificaciones de comidas se implementan según evaluación médica y planificación de tratamiento, y deben ser ordenadas por un médico licenciado o una autoridad médica reconocida.

Considere lo siguiente cuando llene la **PARTE B** de la Declaración Médica:

- 1) Llene todos los cuadros de la **PARTE B**. La terminación de todos los artículos simplificará el cuidado eficiente del estudiante en la escuela.
- 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la discapacidad del estudiante y las actividades diarias que la discapacidad limita. En caso de alergias alimenticias, indique si la afección es una intolerancia a la comida, una alergia que afectaría el rendimiento y la participación en las actividades escolares (p. ej., urticaria grave, hinchazón o molestia) o una alergia con peligro de muerte (p. ej., shock anafiláctico).
- 3) Si su evaluación del estudiante no produce suficientes datos para tomar una decisión respecto a sustitutos alimenticios, modificaciones de consistencias u otras restricciones dietéticas, remita al estudiante o a los familiares a los especialistas apropiados de alimentación, nutrición o alergias para que llenen la declaración médica. Las escuelas por lo general no tienen los instrumentos y/o el personal capacitado para hacer evaluaciones integrales de nutrición y alimentación, y deben asociarse a proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades especiales de alimentación y nutrición del estudiante
- 4) Adjunte todas las evaluaciones de alimentación o nutrición, planes de asistencia previos o actuales y otros documentos pertinentes contenidos en los registros médicos del estudiante a la Declaración Médica para que el padre, la madre o el tutor legal los envíen a la escuela.
- 5) Considere estar a disposición del equipo de la escuela del estudiante para consultas a medida que se implementa el plan de asistencia de alimentación y nutrición.

PARTE C – ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR e IEP / 504 REPRESENTANTE

Por favor considere lo siguiente al completar la **PARTE C** de la Declaración Médica:

Firma del Administrador de Nutrición Escolar y Coordinador de 504 o Gerente de Caso del IEP / Representante del Programa de la CE indica que la declaración médica ha sido recibida, revisada y se está desarrollando / implementando un plan para atender las necesidades únicas de la comida del estudiante.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminar por raza, Nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA o escriba un Carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta al USDA por

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades institution is an equal opportunity provider.

Declaración Médica para estudiantes con necesidades especiales de nutrición en comidas servidas en la escuela

Cuando se llena completamente, este formulario les da a las escuelas información requerida por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), la Oficina de los Derechos Civiles de Estados Unidos (U.S. Office for Civil Rights, OCR) y la Oficina de Servicios de Rehabilitación y Educación Especial de Estados Unidos (U.S. Office of Special Education and Rehabilitative Services, OSERS) para modificar comidas servidas en la escuela. Vea el documento "Guía de llenado de la declaración médica para estudiantes con necesidades especiales de nutrición en comidas servidas en la escuela" si necesita ayuda para llenar este formulario.

PARTE A (Debe ser llenada por el PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL)				
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	1er apellido del estudiante:	1er nombre:	(Inicial 2° nombre:	Fecha de nacimiento
	Escuela:		Grado	N° de identificación
SELECCIONE las comidas y / o bocadillos proporcionados por la escuela en los que este estudiante participará:	<input type="checkbox"/> Programa de Desayuno Escolar <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares <input type="checkbox"/> Programa de aperitivos para después de la escuela <input type="checkbox"/> Programa de Cena Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Programa de Frutas y Verduras Frescas			
PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL INFORMACIÓN DE CONTACTO	Nombre del PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:			
	Dirección Postal:		Ciudad	Estado:
	Codigo Postal:	Telefono trabajo:	Telefono casa:	Telefono celular:
Correo electrónico:				
¿Qué inquietudes tiene con respecto a las necesidades nutritivas del estudiante en la Escuela?				
¿Qué inquietudes tiene con respecto a la capacidad del estudiante de comer con seguridad en la Escuela?				
¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada y un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) o un Plan 504?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<i>NOTE: NOTA: Las necesidades dietéticas especiales de los estudiantes sin IEP ni Plan 504 se satisfacen a discreción del administrador de nutrición infantil y las normas del distrito escolar.</i>
¿El estudiante ya tiene un Plan 504?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
CONSENTIMIENTO DEL PADRE / MADRE/TUTOR LEGAL	Consentimiento de los padres o el tutor legal: Acepto que el proveedor de asistencia médica de mi estudiante y el personal de la escuela hablen sobre la información que se presenta en este formulario.			
	Firma del padre, la madre o el tutor legal			Fecha

Por favor devuelva esta Declaración Médica completamente completada con las firmas de ambos padres / tutor legal médica, al Gerente de Cafetería Escolar de su niño o al Administrador de Nutrición Escolarr.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

PARTE B (Debe ser llenada por un **MEDICO LICENDIADO, asistentes médicos y enfermeras practicantes**)

Describe la discapacidad física o mental del estudiante:

Explique cómo el impedimento restringe la dieta del estudiante:

Marque las principales actividades vitales afectadas: *Seleccione todas las que correspondan.*

Caminar Ver Oír Hablar Hacer tareas manuales
 Aprender Respirar Cuidarse solo Comer / Digestión

Otros/ especifique:

¿Es esto una alergia alimentaria? SI NO
 ¿Es esto una intolerancia alimentaria? SI NO

Si el estudiante tiene alergias que amenazan la vida * marque las casillas apropiada:
 * Los estudiantes con alergias a alimentos que amenazan la vida deben tener un plan de acción de emergencia en su lugar en la escuela.

Ingestión Contacto inhalación

Especifique las restricciones dietéticas o instrucciones especiales de dieta para las comidas servidas en la escuela:

Para toda dieta especial, liste los alimentos específicos que se deben omitir y las sustituciones posibles; (puede adjuntar un plan de asistencia por separado)

Alimentos que se deben omitir	➔	Sustituciones recomendadas	Alimentos que se deben omitir	➔	Sustituciones recomendadas

Indique los requisitos de consistencia de la COMIDA

Puré Mecánicamente blanda Otro (por favor especifique)
 molido Picado

Indique los requisitos de consistencia de los LIQUIDOS:

Líquido transparente Nectar Otro (por favor especifique):
 solamente Líquido como miel -
 Espesos de cuchara

Anote todo otro comentario sobre los patrones de alimentación o comida del estudiante, incluso la alimentación por tubo, si corresponde.

NOTA Si no se ha desarrollado un plan de asistencia nutritiva o alimentación antes de llenar este formulario, se necesita una evaluación adicional. Remita al estudiante a la evaluación de alimentación y nutrición de su comunidad. El personal de la escuela no tiene por lo general instrumentación ni capacitación para hacer evaluaciones integrales de nutrición y alimentación.

Firma del médico o de la autoridad médica y*	Nombre (en letra de imprenta)	Teléfono ()	Fecha
--	-------------------------------	--------------------	-------

*** Una autoridad médica reconocida en N.C. incluye médicos licenciados, asistentes médicos y enfermeras practicantes.**

PARTE C *(Debe ser llenada por ADMINISTRADORES DEL DISTRITO)*

NOTAS: *(de los Servicios de Nutrición Infantil ∪ Otro personal del Programa Escolar)*

Firma del administrador de Nutrición Infantil: Fecha:

IEP/504 Firma del Coordinador: Fecha: