

Guía para completar la instrucción médica para estudiantes con necesidades de comida único para las comidas escolares

PARTE A - PADRES

La declaración médica para estudiantes con necesidades de comida único para las comidas escolares ayuda a las escuelas ofrecer modificaciones de comida para los estudiantes que requieran. Escuelas no pueden cambiar texturas de alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Terminación de todos los elementos permitirá a la escuela de su hijo a crear un plan con ustedes para ofrecer aperitivos y comidas seguras, adecuadas a su hijo en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes usted proporcionar esta firmado y completado el formulario a la escuela de su hijo, cuanto antes el programa de nutrición de la escuela y su personal puede preparar la comida que su hijo necesita. Su firma es necesaria para su escuela para actuar en la instrucción médica.

Siga estos pasos para empezar:

- 1) Completar todas las secciones de la parte A de la instrucción médica.
- 2) Tomar la declaración del médico pediatra o médico de familia/enfermera/asistente médico de su hijo y que él complete la parte B.
- 3) Devolver la declaración médica completado con firmas de padres y autoridades médicas, a la maestra, Director, enfermera, Gerente de casos de educación especial, o administrador de caso de la sección 504, administrador de nutrición de la escuela o escuela personal quien te dio el formulario en blanco.
- 4) Pedir a la escuela cuando un equipo, incluyendo usted, administrador de nutrición escolar del sistema escolar y otros, se reunirá para considerar la información proporcionada en el formulario. También podrá invitar a personas de la comunidad que están bien informados sobre temas de alimentación y nutrición de su hijo a la reunión. Estos serían personas que podrían ayudar a la escuela de diseño de personal registrado de un plan de comida de escuela para su hijo, como su pediatra, enfermera, patólogo del habla y del lenguaje, terapeuta ocupacional, dietista o ayudante de cuidado personal.

PARTE B – reconocidas autoridades médicas

(médico con licencia, asistente médico y enfermera)

Firma de un reconocido médico de la autoridad Es necesaria para los estudiantes con discapacidad. Escuelas no pueden cambiar texturas de alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Modificaciones de la comida se implementan basados en la evaluación médica y planificación del tratamiento y deben ser ordenados por una autoridad médica reconocida.

Por favor considere lo siguiente como usted completa parte B de la declaración médica:

- 1) Completa todas las secciones de la parte B. terminación de todos los elementos se simplificar eficiente cuidado el estudiante en la escuela.
- 2) Ser tan específico como sea posible sobre la naturaleza del impedimento físico o mental del estudiante, su impacto en la dieta del estudiante y actividades principales que se ven afectadas. En el caso de alergia a un alimento, por favor indicar si la condición del estudiante es una intolerancia alimentaria, una alergia que pudiera afectar el desempeño y participación en la escuela (por ejemplo, sarpullido severo, hinchazón y malestar) o una alergia mortal (p. ej., shock anafiláctico).
- 3) Si la evaluación del niño no proporciona datos suficientes para tomar una determinación sobre sustituciones de alimentos, las alteraciones de la consistencia y otras restricciones en la dieta, por favor consulte el niño y su familia el cuidado adecuado de la salud profesional para la realización de la evaluación. Las escuelas no tienen habitualmente instrumentación o personal entrenado para una nutrición completa y evaluación de la alimentación y debe asociarse con proveedores de la comunidad para satisfacer necesidades de alimentación y nutrición de los estudiantes.
- 4) Conecte cualquier evaluaciones anteriores o existentes de alimentación y nutrición, planes de atención u otra documentación pertinente en los registros médicos del estudiante a la intervención médica para la entrega del padre o tutor a la escuela.
- 5) Considere ser disponible consultar con comida del alumno equipo de planificación como implementa el plan de cuidado de la alimentación y nutrición.

PARTE C – administrador de nutrición de la escuela y el representante de IEP/504

Por favor considere lo siguiente como usted completa parte C de la declaración médica:

Firma del administrador de nutrición escolar y representante coordinador o IEP caso Manager/CE programa 504 indica la declaración médica ha sido recibida, revisada, y un plan para abordar que las necesidades de comida único del estudiante está siendo desarrollado y aplicación.

USDA Nondiscrimination Statement

Conformidad con la Ley Federal de derechos civiles y normas los derechos civiles de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones administradoras o participantes en programas del USDA prohíbe discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia represalia por actividad previa los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de signos, etc.), debe comunicarse con la agencia (estatal o local) donde aplican para beneficios. Personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, información del programa puede hacerse disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación de programa, complete el formulario de quejas de discriminación de programa de USDA, (AD-3027) encontrado en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida a USDA y proporcionado en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presentar el formulario o carta a USDA por:

- (1) correo: U.S. Departamento de agricultura oficina de la Subsecretaria para derechos civiles 1400 independencia Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración médica para estudiantes con necesidades de comida único para las comidas escolares

Terminada completamente, esta forma da a las escuelas la información requerida por el U.S. Departamento de Agricultura (USDA), oficina para derechos civiles (OCR) y los Estados Unidos Oficina de educación especial y servicios de rehabilitación (OSERS) para modificaciones de comida en la escuela. Ver "Guía para completar médica declaración para estudiantes con única comida necesita para las comidas escolares" (página anterior) ayuda en la cumplimentación del presente formulario.

PARTE A (para ser llenado por padres)				
STUDENT INFORMATION	Last Name:	First Name:	Middle Name:	Date of Birth
	School:		Grade	Student ID#
Seleccione la escuela siempre comidas o meriendas en las que participen este estudiante:	<input type="checkbox"/> School Breakfast Program <input type="checkbox"/> National School Lunch Program <input type="checkbox"/> Afterschool Snack Program <input type="checkbox"/> Afterschool Supper Program <input type="checkbox"/> Fresh Fruit & Vegetable Program			
PARENT/GUARDIAN CONTACT INFORMATION	Nombre impreso del padre o tutor:			
	Mailing Address:		City:	State: Zip Code:
	Work Phone:	Home Phone:	Mobile Phone:	Email:
Por favor describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales de su hijo en la escuela:				
Por favor describa las preocupaciones que tiene acerca de su habilidad de participar con seguridad en hora de la comida en la escuela?				
El estudiante tiene ya una educación programa individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			<i>Nota: Necesita comida única para los estudiantes sin un IEP, 504 o discapacidad, pero con salud general preocupaciones, son abordados en el patrón de comida en la discreción de la administrador de nutrición de la escuela y las políticas del distrito escolar.</i>	
Does the student already have a 504 Plan? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
PARENT/GUARDIAN Consent	<i>Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo médico y personal de la escuela para comunicarse según sea necesario con respecto a la información en este formulario.</i>			
	Parent/Guardian Signature:			Date:
Por favor devuelva que este completamente terminado declaración médica con firmas de padres y autoridades médicas, a la maestra, Director, enfermera, Gerente de casos de educación especial, o administrador de caso sección 504, administrador de nutrición de la escuela o escuela personal quien te dio el formulario en blanco.				

STUDENT NAME:

STUDENT ID#:

PART B *(Debe ser completado por una autoridad médica reconocida, es decir, licenciados médicos, asistentes médicos y enfermeras)*

Describir la deficiencia física o mental del estudiante:

Explicar cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante:

Principales actividades de la vida afectadas: Seleccione todas las que apliquen.

- Walking Seeing Hearing Speaking Performing manual tasks
 Learning Breathing Self-Care Eating/Digestion

Other *(please specify)*:

Esto es una alergia alimentaria? YES NO

Si el estudiante tiene que amenazan la vida alergias * Marque la casilla apropiada (es):

** Los estudiantes con alergias mortales deben tener una acción de emergencia plan en su lugar en la escuela.*

Esto es la intolerancia a un alimento? YES NO

- Ingestion Contact Inhalation

Especificar las restricciones dietéticas ni instrucciones de dieta especial para acoger a este estudiante en comidas escolares:

Para cualquier dieta especial, lista de alimentos específicos que se omitan y sustituciones recomendadas. (Usted puede adjuntar un plan de cuidados independiente)

Alimentos que se omitirán	➔	Recommended Substitutions	Alimentos que se omitirán	➔	Recommended Substitutions

Designar más seguro requisito de consistencia para alimentos:

Requisito de consistencia más seguro designado para líquidos:

- Pureed Mechanical Soft Other *(please specify)*:
 Ground Chopped

- Clear Liquid Nectar-thick Other *(please specify)*:
 Full Liquid Honey-thick
 Pudding-thick

Otros comentarios sobre el niño comer o patrones, incluyendo la sonda de alimentación si se aplica la alimentación:

** Nota * Si la evaluación del niño no proporciona suficientes datos para completar las secciones anteriores aplicables a las necesidades del estudiante antes de los alimentos, por favor vea el niño y su familia el profesional del cuidado médico apropiado para la terminación de la evaluación.*

Firma de reconocida autoridad médica *

Printed Name

Phone Number

Date

()

** Una autoridad médica reconocida en Carolina del norte incluye a los médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras.*

PART C *(Debe ser completado por los administradores del distrito escolar)*

NOTES: *(Escuela de nutrición / otro personal del programa de la escuela)*

Firma del administrador de nutrición de la escuela: Date:

Firma Coordinador de IEP/504: Date: