

Mercedes ISD Programa de Nutrición

Teléfono: (956) 825-5070

Fax: (956) 514-2039

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.

PARTE A (Debe ser llenada por el padre, la madre o el tutor legal)

1^{er} apellido del estudiante: _____ (1^{er} nombre) _____ (Inicial 2^o nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ N° de identificación _____ Escuela _____ Grado _____

¿Va el estudiante a consumir el desayuno en la cafetería de la escuela?

Sí No

¿Va el estudiante a consumir el almuerzo en la cafetería de la escuela?

Sí No

¿Va el estudiante a consumir bocadillos del Programa de bocadillos después del horario escolar?

Sí No

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado/C.P.: _____

Teléfonos: _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Correo electrónico: _____

¿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?

Sí No

Si la respuesta es "sí" y usted tiene inquietudes sobre necesidades de nutrición, pídale a un médico licenciado que llene la Parte B, Página 2, de este formulario y que lo firme y lo envíe a

_____.

Si la respuesta es "no" y usted tiene inquietudes sobre necesidades de nutrición, pídale a un médico licenciado o a una autoridad médica reconocida que llene la Parte B, Página 2 de este formulario y que lo firme y lo envíe a

_____.

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.

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: _____

PARTE B (Debe ser llenada por un médico licenciado)

| | |
|--|--|
| Diagnóstico o afección del estudiante: | Marque las principales actividades vitales afectadas: <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Trabajar <input type="checkbox"/> Aprender <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Hacer tareas manuales <input type="checkbox"/> Cuidarse solo (incluso comer solo) |
|--|--|

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

| | |
|--|--|
| Indique los requisitos de consistencia de la comida: <input type="checkbox"/> Líquido transparente <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Solamente líquidos <input type="checkbox"/> Mecánicamente blanda <input type="checkbox"/> Líquido procesado <input type="checkbox"/> Sin cambio | Indique los requisitos de consistencia de los líquidos: <input type="checkbox"/> Poco espesos <input type="checkbox"/> Espesos de cuchara <input type="checkbox"/> Como néctar <input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Como miel |
|--|--|

Liste las comidas que causan *intolerancia* alimenticia y que se deben evitar: _____

Liste las comidas que causan *alergias* alimenticias y que se deben evitar: _____

Si el estudiante tiene alergias con **peligro de muerte***, marque las casillas correspondientes: ingestión contacto
 inhalación

*** Los estudiantes con alergias alimenticias con peligro de muerte deben tener un plan de emergencia 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

| a. Alimentos que se deben omitir | b. Sustituciones recomendadas |
|----------------------------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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* | Nombre (en letra de imprenta) | Teléfono | Fecha |
|--|-------------------------------|----------|-------|

* Se requiere la firma de un médico licenciado para los estudiantes con discapacidades. En caso de estudiantes sin discapacidades, un médico licenciado o una autoridad médica reconocida debe firmar este formulario.

PARTE C (Debe ser llenada por los Servicios de Nutrición Infantil)

Notas de los Servicios de Nutrición Infantil:

Firma del administrador de Nutrición Infantil: _____ Fecha: _____

De acuerdo con las leyes federales y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se le prohíbe a esta institución discriminar según la raza, color de la piel, origen nacional, género sexual, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos auditivos o discapacidades de habla pueden ponerse en contacto con el USDA por el Servicio Federal de Repetición (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). La institución USDA es un empleador y proveedor de igualdad de oportunidades.

La declaración médica para estudiantes con necesidades especiales de nutrición en comidas servidas en la escuela

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. 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.

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) Envíele la declaración médica correctamente firmada enfermera, o al integrante del personal del establecimiento que le dio el formulario en blanco.
- 4) Programa de Nutrición Infantil no está obligado a proporcionar alojamiento, sustitución o modificación de los niños sin discapacidad, lo que incluye las intolerancias alimentarias y alergias que no son potencialmente mortales. Una declaración completa y firmada por médico es necesario y debe ser devuelto a la enfermera. Un administrador de la nutrición se decidirá sobre la base de caso por caso.
- 5) Una declaración médica nuevo se requiere cada año.
- 6) No dieta orden / prescripción será aceptada sin el adjunto Formulario Declaración Médica.

He leído lo anterior en su totalidad y entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar una Declaración Médica al inicio de cada curso académico y devolver el formulario completo con el fin de asegurar que mi hijo dietéticos modificaciones específicas son implementadas.

Nombre del Padre Guardián: _____ Firma del Padre Guardián: _____ Fecha: _____

Médicos y autoridades médicas:

Este formulario le permite a la escuela modificar las comidas para los estudiantes que lo requieren. Responder todas las preguntas agiliza el cuidado eficiente del estudiante.

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 recuadros de la **Parte B** (*Nota: Se requiere la firma de un médico licenciado para los estudiantes con discapacidades. Para estudiantes sin discapacidades, un médico o autorizado o una autoridad médica reconocida debe firmar el formulario. Las autoridades médicas reconocidas son médicos, asistentes médicos y profesionales de enfermería.*)
- 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.