

# Declaración médica para solicitar la modificación de la comida

**Modificaciones para acomodar una discapacidad:** Las modificaciones de comidas prescritas por una autoridad médica deben hacerse para acomodar la discapacidad de un participante.

Definición de Discapacidad: La Sección 504, la ADA, y las Regulaciones Departamentales de 7 CFR parte 15b definen a una persona con discapacidad como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. Las "actividades principales de la vida" están ampliamente definidas e incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a uno mismo, realizar tareas manuales, ver, comer, dormir, caminar, pararse, levantar objetos, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las "actividades principales de la vida" también incluyen el funcionamiento de una función corporal importante, que incluye, entre otras, funciones del sistema inmunitario, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, de vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Este formulario debe ser completado por una "autoridad médica" que esté autorizado por la ley estatal de Kansas para escribir recetas médicas: médico con licencia (MD o DO) ó un asistente médico (PA) ó una enfermera profesional registrada avanzada (APRN) autorizada por su responsable médico con licencia.

**Parte A: Información de contacto del participante, padre / tutor, facilidad** - Para ser completada por un padre / tutor o persona de contacto de la facilidad.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - Para ser completado por el Padre / Tutor

| Apellido             | Primer Nombre        | Segundo Nombre       | Fecha de Nacimiento  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR Y DE LA ESCUELA

|  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Primer Nombre y Apellido del Padre / Tutor |  | Número de Teléfono del Padre / Tutor |  |
| <input type="text"/>                       |  | <input type="text"/>                 |  |
| Nombre de la Escuela                       | Nombre de la Persona de Contacto en la Escuela | Número de Teléfono del Contacto      |  |
| <input type="text"/>                       | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                 |  |

## Parte B: Orden de Dieta Prescrita

- Esta parte debe ser completada por una autoridad médica según se especifica anteriormente.

1. Descripción de la discapacidad física o mental relacionada con el orden de la dieta prescrita y la principal actividad vital afectada. Ejemplo: La alergia a los maní / cacahuetes afecta la capacidad de respirar.

2. Explicación de lo que se debe hacer para acomodar la discapacidad (describa detalladamente para garantizar una implementación adecuada):

## Parte C: COMPLETADO POR LA AUTORIDAD MÉDICA SEGÚN SE ESPECIFICA ANTERIORMENTE

### Diagnóstico o Condición del Estudiante

Seleccione Uno:  Intolerancia a los Alimentos  Alergia a los Alimentos  Alergia alimentaria potencialmente mortal

Marque todos los alimentos que deben ser omitidos de la dieta escolar del niño (no debe usarse como historial médico):

#### LÁCTEOS

- Leche fluida. Sustituir con:  Leche de Soja  Agua  
 Queso y recetas con queso como ingrediente  
 Yogur  
 Productos horneados con cualquier producto lácteo listado como ingrediente

#### HUEVO

- Huevos enteros como huevos revueltos o huevos duros cocidos  
 Productos horneados con huevo listado como ingrediente

#### GLUTEN DE TRIGO

- Recetas con cualquier trigo listado como ingrediente

#### PESCADO O MARISCO

- Pescado  
 Marisco

#### MANÍ / CACAHUETES, O NUECES DE ÁRBOL

- Maní / Cacahuetes  
 Nueces de árbol

#### MAÍZ

- Maíz entero como granos de maíz, chips de tortilla, muffin de maíz  
 Recetas con maíz / maíz listado como ingrediente

#### SOJA

- Proteína de soja (concentrado, hidrolizado, aislado)  
 Recetas con cualquier soja listada como ingrediente

#### OTRO

- Otro, especifique si es un ingrediente cocido o cuando se consume fresco

### OMITA LOS ALIMENTOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN:

  

### ALIMENTOS SUSTITUTOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN:

  

- |                                  |                                    |   |                                 |   |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Textura modificada:              | <input type="checkbox"/> No Aplica | <input type="checkbox"/> Cortado  | <input type="checkbox"/> Molido | <input type="checkbox"/> Puré                   |
| Espesor o líquidos modificados:  | <input type="checkbox"/> No Aplica | <input type="checkbox"/> Néctar   | <input type="checkbox"/> Miel   | <input type="checkbox"/> Cuchara o pudín espeso |
| Equipo de alimentación especial: | <input type="checkbox"/> No Aplica | <input type="checkbox"/> Equipo especial de alimentación<br><small>(por ejemplo: una cuchara con mango grande, vasos para sorber, etc.)</small> |                                 |   |

## Parte D: INFORMACIÓN DEL MÉDICO CON LICENCIA

*Si esta sección no está completa, el Formulario de Pedido de Dieta Especial se devolverá a los padres / tutores y NO se harán adaptaciones.*

Certifico que al estudiante mencionado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describe anteriormente. FCNS intentará acomodar las sustituciones, pero se reserva el derecho de modificar el menú en función de la disponibilidad de los alimentos y productos.

Nombre Impreso de la Autoridad Médica

MD  DO  PA-C  NP

Fecha

Firma de la Autoridad Médica

Número telefónico de contacto

## Permiso del Padre / Tutor - Para ser completado por el Padre / Tutor

Doy permiso para que el personal de la instalación responsable de implementar la Orden de Dieta Prescrita discuta las adaptaciones dietéticas especiales con el personal apropiado y siga la orden de dieta prescrita para las comidas. También doy permiso para aclarar aún más la orden de dieta prescrita en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela o instalación.

**X** FIRMA DEL PADRE / TUTOR / PERSONA DE CONTACTO DE LA FACILIDAD

FECHA

NÚMERO DE CONTACTO DEL PADRE / TUTOR