

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

Quando 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)			
1 ^{er} apellido del estudiante: _____		(1 ^{er} nombre) _____	(Inicial 2° nombre) _____
Fecha de nacimiento _____	N° de identificación _____	Escuela _____	Grado _____
¿Va el estudiante a consumir el desayuno en la cafetería de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Va el estudiante a consumir el almuerzo en la cafetería de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Va el estudiante a consumir bocadillos del Programa de bocadillos después del horario escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 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"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: _____	

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.

PARTE B (Debe ser llenada por un médico licenciado)

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

Diagnóstico o afección del estudiante:

Marque las principales actividades vitales afectadas:

- Caminar Ver Oír Hablar
 Respirar Trabajar Aprender Otra _____
 Hacer tareas manuales 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:

- Líquido transparente Puré
 Solamente líquidos Mecánicamente blanda
 Líquido procesado Sin cambio

Indique los requisitos de consistencia de los líquidos:

- Poco espesos Espesos de cuchara
 Como néctar Sin cambio
 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

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.

Guía de llenado de 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 al maestro, director, enfermera, administrador de casos de educación especial, administrador de casos de la sección 504 o administrador de nutrición de alumnos, o al integrante del personal del establecimiento que le dio el formulario en blanco.
- 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.

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.