

Quando se completa plenamente, esta forma le da a las escuelas información requerida por el Departamento de Agricultura de los 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 modificaciones de alimentos en la escuela. Vea el documento "Guía Para Completar la Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales de Alimentos Escolares" si necesita ayuda para completar esta forma.

PARTE A (Debe ser completada por el padre(s)/guardian)		
Nombre del estudiante: (Apellido) _____ (1 ^{er} nombre) _____ (Inicial del 2 ^o nombre) _____		
Fecha de nacimiento _____	# de Identificación _____	Escuela _____ Grado _____
¿Comerá el estudiante el desayuno ofrecido por la cafetería de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Comerá el estudiante el almuerzo ofrecido por la cafetería de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi hijo/a tiene una dieta especial y NO comerá alimentos de la cafetería. Los alimentos se mandaran del hogar etiquetados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Padre/Guardian: _____		
Números de Teléfono: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> (Trabajo) (Casa) (Celular) </div>		
Correo Electrónico: _____		
¿Qué preocupaciones tiene acerca de las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela?		
¿Qué preocupaciones tiene acerca de la habilidad de su estudiante de participar de manera segura en la hora de la comida en la escuela?		
¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada y un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un Plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOTA: Necesidades especiales dietéticas para los estudiantes sin un IEP o un Plan 504 son acomodadas a discreción de el/la Administrador/a de Nutrición Escolar y de las políticas del distrito escolar.		
Consentimiento del Padre/Guardian: Estoy de acuerdo en permitir que el medico de mi hijo/a y el personal de la escuela discutan información en esta forma para entender mejor las necesidades nutricionales de estudiantes.		
Firma del Padre/Guardian: _____		Fecha: _____
PARTE B (Debe ser completada 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"/> Cuidado de uno mismo (incluso comer)	
Estatura: _____	Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones especiales de dieta para los alimentos escolares:	
Peso: _____		

PARTE B continuado (Debe ser completado por un médico licenciado)

Designe la forma de dar los alimentos: Alimentación Oral ***Proceder a la siguiente sección*** Alimentación por tubo

Instrucciones para alimentación por tubo:

Nombre de la Fórmula: _____

Volumen: _____ cc's cada

_____ minutos

Horario de alimentación: _____

Por Gravitación Pompa

Otra _____

Enjuagar con _____ cc's de agua después de alimentar.

Checar residuo: Sí No

Si es mas de _____ cc's de agua, suspenda la alimentación.

Provea directiva para reasumir alimentación: _____

Botón Catéter PEG Otra Nasogástrico tamaño del tubo

Posición(es): Durante alimentación _____

Después de alimentación _____

Indique los requisitos de consistencia de alimentos **orales**:

- Hecha puré Picada
- Liquida completa Blanda
- Ninguna modificación de textura

Indique los requisitos de consistencia de líquidos **orales**:

- Como néctar Ninguna Modificación de líquidos
- Como miel
- Diluidos

Modificación de Nutrientes: __ Sí __ No Descripción: _____

Restricción de Nutrientes: __ Sí __ No Descripción: _____

Liste cualquier alimento que cause *intolerancia* alimentaria que se debe evitar: _____

Liste cualquier alimento que cause *alergias* alimentarias que se debe evitar: _____

Es esta alergia alimentaria una amenaza de vida: Sí No Fecha de la última prueba de alergia: _____

Si el estudiante tiene alergias **que amenazan la vida***, marque las casillas correspondientes: ingestión contacto inhalación

¿Está un EPI Pen recetado para las alergias? Yes No

* Los estudiantes con alergias alimentarias que amenazan la vida deben tener un plan de emergencia en la escuela.

Para *cualquier* dieta especial, liste los alimentos específicos que se deben omitir y las sustituciones; puede adjuntar un plan de cuidados por separado

a. Alimentos Que se Deben Omitir

b. Sustituciones Recomendadas

Firma del médico/autoridad médica*

Nombre (en letra de imprenta)

Teléfono

Fecha

* Se requiere la firma de un médico licenciado para los estudiantes con discapacidades. Para los estudiantes sin discapacidades, un médico licenciado o una autoridad médica reconocida debe firmar esta forma.

PARTE C (debe ser completado por la enfermera escolar)

Firma de Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____

PARTE D (debe ser completado por servicios de nutrición escolar)

Notas de los Servicios de Nutrición Escolar:

Firma de Administrador(a) de Servicios de Nutrición Escolar

Fecha

Firma de Dietista Registrado o Nutricionista: _____

Fecha: _____

Guía Para Completar la Declaración Médica Para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales de Alimentos Escolares

Padres/Tutores:

La *Declaración Médica Para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales de Comidas Escolares* ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones para los estudiantes que lo requieran. Una forma nueva debe ser completada y presentada a la escuela después del 1 de julio de cada año escolar y presentada antes del primer día de clases o dentro de 30 días de inscripción al distrito. Una forma actualizada de Declaración Médica Para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales de Comidas Escolares debe ser utilizada. El completar todos los artículos permitirá que la escuela de su hijo/a crea un plan con usted para proporcionar comidas seguras y apropiadas para su hijo/a mientras en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. En cuanto más pronto usted proporcione esta forma completa a la escuela de su hijo/a, lo más pronto el Programa de Nutrición Escolar o el personal escolar preparará la comida que su hijo/a requiere. El personal de la escuela no puede cambiar la textura de la comida, hacer sustituciones de alimentos, o alterar la dieta de su hijo/a en la escuela sin toda la información que se solicita en esta forma.

Por favor, siga los pasos que se presentan a continuación para empezar:

- 1) Llene completamente la **Parte A** de la Declaración Médica.
- 2) Lleve la Declaración Médica al pediatra o al médico familiar del estudiante y pídale que llene completamente la **Parte B**.
- 3) Devuelva la Declaración Médica a la enfermera escolar de su hijo/a.
- 4) Usted puede invitar a personas de la comunidad que conocen los asuntos de alimentación y nutrición de su hijo/a a cualquier reunión(es) de IEP o 504 o a ponerse en contacto con la enfermera escolar. Estas serían personas que podrían ayudar al personal escolar en el diseño de un plan de comidas para su hijo, como el pediatra, enfermera escolar, patólogo del habla y lenguaje, terapeuta ocupacional, dietético, o asistente de cuidado personal.

Médicos y Autoridades Médicas:

Esta forma ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones de comidas para los estudiantes que lo requieran. El responder a todas las preguntas coordinará cuidado eficiente para el estudiante.

El personal de la escuela no puede cambiar la textura de la comida, sustituir alimentos, o alterar la dieta del estudiante sin una declaración apropiada de usted. Las modificaciones de comidas se implementan basadas a una evaluación médica y planificación de tratamiento, y deben ser ordenadas por un médico licenciado o una autoridad médica reconocida.

Por favor considere lo siguiente cuando complete la **Parte B** de la Declaración Médica:

- 1) Complete todos los artículos de la **Parte B** (*Nota: Se requiere la firma de un médico licenciado para estudiantes con discapacidades. Para estudiantes sin discapacidades, un médico licenciado o una autoridad médica reconocida debe firmar el formulario. Las autoridades médicas reconocidas incluyen 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 condición del estudiante es una intolerancia a los alimentos, una alergia que afectaría el rendimiento y la participación en actividades escolares (p. ej., erupción cutánea severa, hinchazón o molestia) o una alergia con amenaza de muerte (p. ej., shock anafiláctico).
- 3) Si su evaluación del estudiante no produce suficiente información para tomar una decisión sobre sustituciones de alimentos, modificaciones de consistencia u otras restricciones dietéticas, refiera al estudiante/familia a los especialistas apropiados de alimentación, nutrición o alergias para que completen 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 anteriores y/o existentes de alimentación/nutrición, planes de cuidados, u otra documentación pertinente en los registros médicos del estudiante a la Declaración Médica para que los padres/guardianes los entreguen a la escuela.
- 5) Considere estar disponible para consultar con el equipo escolar del niño, mientras se implementa el plan de cuidado de alimentación/nutrición.