

Declaración médica para estudiantes con necesidades nutricionales especiales para comidas escolares

Una vez cumplimentado en su totalidad, este formulario proporciona a los centros escolares la información exigida por el Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de EE. UU. (OCR) y la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación de EE. UU. (OSERS) para las modificaciones de las comidas en la escuela. Consulte la "Guía para cumplimentar la declaración médica de estudiantes con necesidades nutricionales especiales para comidas escolares" para obtener ayuda para cumplimentar este formulario.

PARTE A (A rellenar por el padre/madre/tutor)

Nombre del estudiante: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (MI) _____

Fecha de nacimiento _____ ID del estudiante _____ Escuela _____ Calificación _____

¿Comerá el estudiante el desayuno proporcionado por la cafetería de la escuela?

¿Comerá el estudiante el almuerzo proporcionado por la cafetería de la escuela?

¿Comerá el estudiante una merienda proporcionada por el Programa de Meriendas Extraescolares?

Sí No

Sí No

Sí

No

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado/Zip: _____

No.(s) de teléfono: _____
(Trabajo) (Casa) (Celular)

Email: _____

¿Qué le preocupa sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela?

¿Qué preocupaciones tiene acerca de la capacidad de su estudiante para participar con seguridad en la hora de la comida en la escuela?

¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada y un Programa Educativo Individualizado (IEP) o un Plan 504?

Sí No

Si es así, y le preocupan sus necesidades nutricionales, pida a un médico colegiado que rellene la Parte B, página 2, de este formulario y lo firme. Devuelva el formulario cumplimentado a _____.

Si la respuesta es No y tiene dudas sobre las necesidades nutricionales, pida a un médico titulado o a una autoridad médica reconocida que rellene la Parte B, página 2, de este formulario y la firme.

Devuelva el formulario cumplimentado a _____.

NOTA: Las necesidades dietéticas especiales de los estudiantes sin IEP o Plan 504 se atienden a discreción del Administrador de Nutrición Infantil y de las políticas del distrito escolar.

Consentimiento de los padres/tutores: Estoy de acuerdo en permitir que el proveedor de atención médica de mi hijo y el personal de la escuela discutan la información de este formulario.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

PARTE B (A rellenar por un médico autorizado)

Diagnóstico o afección del estudiante:

Marque las principales actividades vitales afectadas:

- Caminar Vista Audición Habla
 Respiración Trabajo Aprendizaje Otros _____
 Realización de tareas manuales Cuidarse a sí mismo (incluye alimentación)

Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones sobre dietas especiales para las comidas escolares:

Designar requisitos de consistencia para los alimentos:

- Líquido transparente Puré
 Alimento líquido Alimentos suaves
 Líquido licuado No es necesario ningún cambio

Designar el requisito de consistencia para los líquidos:

- Delgado Espeso
 Similar al nectar No es necesario ningún cambio
 Similar a la miel

Enumere los alimentos que causan *intolerancia* alimentaria y que deben evitarse: _____

Enumere los alimentos que provocan *alergias alimentarias* y que deben evitarse: _____

Si el estudiante padece alergias **potencialmente mortales***, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s): ingestión contacto inhalación

* Los estudiantes con alergias alimentarias potencialmente mortales deben disponer de un plan de acción de emergencia en la escuela.

Para *cualquier* dieta especial, enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones; puede adjuntar un plan de cuidados aparte.

a. Alimentos que deben omitirse

b. Sustituciones recomendadas

a. Alimentos que deben omitirse	b. Sustituciones recomendadas

Indique cualquier otro comentario sobre las pautas de alimentación del niño, incluida la alimentación por sonda, si procede:

Si no se ha elaborado un plan de cuidados nutricionales/de alimentación antes de cumplimentar este formulario, se requiere una evaluación adicional; remita al estudiante a su comunidad para que se le realice una evaluación nutricional y de alimentación. El personal de los centros escolares no dispone habitualmente de instrumentos y/o formación para realizar una evaluación completa de la nutrición y la alimentación.

Firma del médico/autoridad médica*.	Nombre impreso	No. de teléfono	Fecha
-------------------------------------	----------------	-----------------	-------

* Se requiere la firma de un médico licenciado para los estudiantes con una discapacidad. Para los estudiantes sin discapacidad, un médico titulado o autoridad médica reconocida debe firmar el formulario.

PARTE C (A rellenar por los Servicios de Nutrición Infantil)

Notas de los Servicios de Nutrición Infantil:

Firma del administrador del CN: _____ Fecha _____

Guía para cumplimentar la declaración médica de los estudiantes con necesidades nutricionales especiales para las comidas escolares

Padre/madre/tutor:

La Declaración Médica para estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para Comidas Escolares ayuda a los colegios a proporcionar modificaciones en las comidas a los estudiantes que las requieran. La cumplimentación de todos los puntos permitirá a la escuela de su hijo crear un plan con usted para proporcionar comidas seguras y apropiadas a su hijo mientras esté en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes entregue este formulario firmado y cumplimentado a la escuela de su hijo, antes podrá el Programa de Nutrición Infantil o el personal de la escuela preparar la comida que su hijo necesita. Su firma es necesaria para que su centro de enseñanza pueda dar curso a la declaración médica. El personal de la escuela no puede cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de su hijo en la escuela sin toda la información rellena en este formulario.

Siga los pasos que se indican a continuación para empezar:

- 1) Rellene todos los puntos de **la PARTE A** de la Declaración Médica.
- 2) Lleve la Declaración Médica al pediatra o médico de familia de su hijo y pídale que rellene **la PARTE B**.
- 3) Devuelva la Declaración Médica debidamente firmada al profesor de su hijo, al director, a la enfermera, al gestor de casos de Educación Especial o de la Sección 504, al Administrador de Nutrición Infantil o a la persona del personal escolar que le entregó el formulario en blanco.
- 4) Pregunte en la escuela cuándo se reunirá un equipo, formado por usted y el Administrador de Nutrición Infantil del sistema escolar, para estudiar la información facilitada en el formulario. Puede invitar a la reunión a personas de la comunidad que conozcan los problemas de alimentación y nutrición de su hijo. Por ejemplo, el pediatra, la enfermera, el logopeda, el terapeuta ocupacional, el dietista diplomado o el auxiliar de cuidados personales.

Médicos y autoridades médicas:

Este formulario ayuda a los centros escolares a proporcionar modificaciones en las comidas a los estudiantes que las necesiten. La cumplimentación de todos los puntos agilizará la atención eficaz del estudiante.

La escuela no puede cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin una declaración adecuada de usted. Las modificaciones de las comidas se aplican en función de la evaluación médica y la planificación del tratamiento y deben ser ordenadas por un médico titulado o una autoridad médica reconocida.

Tenga en cuenta lo siguiente al cumplimentar **la PARTE B** de la Declaración Médica:

- 1) Rellene todos los puntos de **la PARTE B**. *(Nota: Se requiere la firma de un médico colegiado para los estudiantes con una discapacidad. En el caso de los estudiantes sin discapacidad, deberá firmar el formulario un médico titulado o una autoridad médica reconocida. Las autoridades médicas reconocidas incluyen médicos, asistentes médicos y enfermeros profesionales).*
- 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la discapacidad del niño y las actividades vitales que la discapacidad limita. En caso de alergia alimentaria, indique si la afección del estudiante es una intolerancia alimentaria, una alergia que afectaría a su rendimiento y participación en la escuela (por ejemplo, erupción cutánea grave, hinchazón y malestar) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo, choque anafiláctico).
- 3) Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para tomar una determinación sobre sustituciones de alimentos, modificaciones de la consistencia u otras restricciones dietéticas, remita al niño/la familia a los especialistas en alimentación, nutrición o alergias adecuados para que completen la Declaración Médica. Las escuelas no disponen habitualmente de instrumentos y/o personal capacitado para realizar una evaluación exhaustiva de la nutrición y la alimentación, y deben asociarse con proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades especiales de alimentación y nutrición de los estudiantes.
- 4) Adjunte cualquier evaluación de alimentación/nutrición previa y/o existente, planes de atención u otra documentación pertinente que conste en los registros médicos del estudiante a la Declaración Médica para que los padres/tutores la entreguen a la escuela.
- 5) Considere la posibilidad de estar disponible para consultar con el equipo escolar del niño cuando ponga en práctica el plan de cuidados de alimentación/nutrición.