

## Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para Comidas Escolares

Escuelas del Condado de Harnett PO Box 1029 Lillington, NC 27546 910-893-8151  
Envíe una copia del formulario completo a: Departamento de Nutrición Infantil

Cuando se completa, este formulario brinda a las escuelas la información requerida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la Oficina de los Estados Unidos para los Derechos Civiles (OCR) y la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación de los EEUU (OSERS) para las modificaciones de las comidas en la escuela. Consulte "Orientación para completar una declaración médica para estudiantes con necesidades nutricionales especiales para comidas escolares" para obtener ayuda para completar este formulario.

### PARTE A ( completada por el padre/madre / tutor)

Nombre del estudiante: (Primero) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # estudiantil \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**SELECCIONE** las comidas y / o refrigerios proporcionados por la escuela en los que participará este alumno:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Desayunos Escolares          | <input type="checkbox"/> Refrigerios después de Clases |
| <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares |  |

Nombre Impreso del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número (s) de teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Fijo) \_\_\_\_\_ (Móvil) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Qué preocupaciones tiene sobre las necesidades nutricionales de su hijo en la escuela?

¿Qué le preocupa a usted sobre la capacidad de su hijo para participar de manera segura en la hora de la comida en la escuela?

¿Tiene el alumno un Programa de Educación Individualizado (IEP)?

Sí  No

¿El estudiante ya tiene un Plan 504?

Sí  No

**NOTA: Las necesidades únicas a la hora de las comidas para estudiantes sin IEP, 504 o discapacidad, pero con inquietudes generales de salud se abordan con el patrón de comidas a discreción del Administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.**

**Consentimiento de los padres / tutores:** Acepto permitir que el médico de mi hijo y el personal de la escuela se comuniquen según sea necesario con respecto a la información en este formulario.

Firma del Padre/Madre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE B (Para ser completada por una AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA, es decir, médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes).**

Diagnóstico o Condición del estudiante:

- Alergia alimentaria    Intolerancia alimentaria  
 Alergia de vida o muerte (Marque las casillas correspondientes):    Ingestión    Contacto    Inhalación  
 Incapacidad (especifique): \_\_\_\_\_ Actividades importantes afectadas: \_\_\_\_\_  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_ Comida picada 1 "- 2"

Designe los requisitos de consistencia más seguros para los alimentos:

- puré                                       disfagia  $\leq \frac{1}{4}$  "  
 cortados / miniatura  $\frac{1}{4}$  "-  $\frac{1}{2}$ "       Comida con los dedos 1 "- 2"  
 Sin cambio necesario       Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Designe el requisito de consistencia más seguro para líquidos:

- Líquido transparente                       Pudín Grueso  
 Líquido completo                           Ningún cambio  
 Miel gruesa                                   Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 Néctar Grueso \_\_\_\_\_

**Especificaciones de Alergia / Intolerancia:**

Proporcione cualquier sustitución apropiada. Si es necesario, se puede adjuntar un plan de atención separado a este documento.

Marque TODOS los que apliquen

**LÁCTEOS**

- Leche líquida       Yogur  
 Queso               Helado  
 Recetas con leche como ingrediente.  
 Recetas / productos alimenticios con cualquier producto lácteo enumerado como ingrediente.

**TRIGO**

- Recetas / productos alimenticios con cualquier trigo listado como ingrediente  
 Gluten (incluye: trigo, avena, cebada o centeno)

**NUECES**

- Cacahuets/Maní                       Nueces de árbol  
 Otro: \_\_\_\_\_

**HUEVOS**

- Huevo entero como revuelto o hervido.  
 Recetas / productos alimenticios con cualquier huevo listado como ingrediente.

**MARISCO**

- Pescado                                   Mariscos de concha  
 Otro: \_\_\_\_\_

**SOJA**

- Recetas / productos alimenticios con cualquier tipo de soya como ingrediente.

**OTROS artículos omitidos**

Especifique: \_\_\_\_\_

Indique cualquier otro comentario sobre los patrones de alimentación del niño, incluida la alimentación por sonda si corresponde:

**NOTA: Si su evaluación del niño no proporciona datos suficientes para completar las secciones anteriores aplicables a las necesidades alimentarias, remita al niño / a la familia al médico apropiado para que complete la evaluación.**

Firma del médico / Autoridad médica *	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha
---------------------------------------	-----------------------------	--------------------	-------

\* Una autoridad médica reconocida en Carolina del Norte incluye médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes.

**PARTE C (Para ser completado por los ADMINISTRADORES DEL DISTRITO ESCOLAR)**

**Notas de los Servicios de Nutrición Infantil:**

Firma del Administrador de CN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador del IEP / 504: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Orientación para Completar la Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para Comidas Escolares

### Padre /Madre/ tutor:

La *declaración médica para estudiantes con necesidades nutricionales especiales para comidas* escolares ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones de comidas para los estudiantes que las requieren. La finalización de todos los artículos le permitirá a la escuela de su hijo/a crear un plan con usted para proporcionar comidas seguras y apropiadas a su hijo/a mientras esté en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes entregue este formulario completo a la escuela de su hijo, el Programa de Nutrición Infantil o el personal escolar podrá preparar los alimentos que su hijo/a necesita. El personal de la escuela no puede cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de su hijo/a en la escuela sin toda la información que se completa en este formulario.

Siga los pasos a continuación para comenzar:

- 1) Complete todos los artículos de la **PARTE A** de la Declaración Médica.
- 2) Tome la Declaración Médica a su pediatra o médico familiar de su hijo y que él / ella completa **PARTE B**.
- 3) Devuelva la declaración médica a la enfermera de la escuela de su hijo/a.
- 4) Pregúntele a la escuela cuando un equipo, incluido usted y el Administrador de Nutrición Infantil del sistema escolar, se reunirá para considerar la información provista en el formulario. Puede invitar a la reunión a personas de la comunidad que estén bien informadas sobre los problemas de alimentación y nutrición de su hijo/a. Estas personas podrían ser personas que ayudarían al personal de la escuela a diseñar un plan escolar nutritivo para su hijo, como el pediatra, la enfermera, el patólogo del habla y del lenguaje, la terapeuta ocupacional, el nutriólogo o el asistente personal de su hijo/a.

### Médicos y Autoridades Médicas:

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 a las comidas se implementan en base a la evaluación médica y la planificación del tratamiento y deben ser ordenadas por un médico colegiado o autoridad médica reconocida.

Este formulario ayuda a las escuelas a proporcionar comida a los estudiantes que las requieren. La finalización de todos los artículos optimizará eficientemente el cuidado del estudiante.

Tenga en cuenta lo siguiente mientras que completa **Parte B** de la Declaración Médica:

- 1) Complete todos los artículos de la **Parte B**. *(Nota: Se requiere la firma de un médico colegiado para estudiantes con una discapacidad. (Para los estudiantes sin discapacidad, un médico colegiado o una autoridad médica reconocida debe firmar el formulario. Las autoridades médicas reconocidas incluyen médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes).*
- 2) Sea tan específico como sea posible sobre la naturaleza de la discapacidad del niño y las actividades de la vida que la discapacidad limita. En el caso de alergia alimentaria, indique si la condición del alumno es una intolerancia alimentaria, una alergia que afecta el rendimiento y la participación en la escuela (p. Ej., Sarpullido grave, hinchazón y malestar) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo, anafiláctica, shock).
- 3) Si su evaluación del niño no proporciona datos suficientes para tomar una determinación sobre sustituciones de alimentos, modificaciones de consistencia u otras restricciones dietéticas, envíe al niño / familia a los especialistas apropiados en alimentación, nutrición o alergias para completar la Declaración Médica. Las escuelas habitualmente no cuentan con instrumentación y / o personal capacitado para una evaluación integral de nutrición y alimentación y deben asociarse con proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades especiales de alimentación y nutrición del alumno.
- 4) Adjunte evaluaciones de alimentación / nutrición anteriores y / o existentes, planes de atención u otra documentación pertinente guardada en los registros médicos del estudiante a la Declaración médica para la entrega de los padres / tutores a la escuela.
- 5) Considere estar disponible para consultar con el equipo escolar del niño a medida que implementa el plan de alimentación / nutrición.