

Orientación para Completar la Declaración Médica para Estudiantes con necesidades únicas a la hora de comer para las comidas escolares 2023-2024

PARTE A - PADRE/TUTOR

La Declaración médica para estudiantes con necesidades únicas a la hora de comer para las comidas escolares ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones en las comidas para los estudiantes que las requieran. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Completar todos los elementos permitirá que la escuela de su hijo cree un plan con usted para proporcionar comidas y refrigerios seguros y apropiados para su hijo mientras está en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes proporcione este formulario firmado y completado a la escuela de su hijo, antes el Programa de Nutrición Escolar y su personal podrán preparar los alimentos que su hijo necesita. Se requiere su firma para que su escuela tome medidas sobre la Declaración médica. EL PROCESAMIENTO PUEDE TOMAR HASTA 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA CALRIFICACIÓN FINAL DE LA AUTORIDAD PADRE Y/O MÉDICA.

Siga estos pasos para comenzar:

- 1) Complete todas las secciones de la PARTE A de la Declaración médica.
- 2) Lleve la Declaración médica al pediatra o al médico de familia/enfermera practicante/asistente médico de su hijo y pídale que complete la PARTE B.
- 3) DEVUELVA LA DECLARACIÓN MÉDICA COMPLETAMENTE COMPLETA CON LAS FIRMAS DEL PADRE/TUTOR Y LA AUTORIDAD MÉDICA, AL MAESTRO, DIRECTOR, ENFERMERA, ADMINISTRADOR DE CASO DE EDUCACIÓN ESPECIAL/ADMINISTRADOR DE CASO DE LA SECCIÓN 504 O ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR DE SU HIJO.
- 4) Pregunte a la escuela cuándo se reunirá un equipo, incluido usted, el administrador de nutrición escolar del sistema escolar y otros, para considerar la información provista en el formulario. También puede invitar a la reunión a personas de la comunidad que tengan conocimientos sobre los problemas de alimentación y nutrición de su hijo. Estas serían personas que podrían ayudar al personal de la escuela a diseñar un plan de comidas escolares para su hijo, como el pediatra, la enfermera, el patólogo del habla y el lenguaje, el terapeuta ocupacional, el dietista registrado o el asistente de cuidado personal de su hijo.

PARTE B: AUTORIDADES MÉDICAS RECONOCIDAS (médico autorizado, asistente médico y enfermero practicante)

Se requiere la firma de una Autoridad Médica Reconocida para los estudiantes con una discapacidad. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Las modificaciones de las comidas se implementan en función de la evaluación médica y la planificación del tratamiento y deben ser ordenadas por una autoridad médica reconocida.

Tenga en cuenta lo siguiente al completar la PARTE B de la Declaración médica:

- 1) Completar todas las secciones de la PARTE B. Completar todos los elementos optimizará el cuidado eficiente del estudiante en la escuela.
- 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza del impedimento físico o mental del estudiante, su impacto en la dieta del estudiante y las principales actividades de la vida que se ven afectadas. En el caso de alergia a los alimentos, indique si la condición del estudiante es una intolerancia a los alimentos, una alergia que afectaría el rendimiento y la participación en la escuela (p. ej., sarpullido severo, hinchazón y molestias) o una alergia potencialmente mortal (p. choque).
- 3) Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para tomar una determinación sobre sustituciones de alimentos, modificaciones de consistencia u otras restricciones dietéticas, remita al niño/la familia al profesional de atención médica adecuado para completar la evaluación. Las escuelas habitualmente no cuentan con instrumentación o personal capacitado para una evaluación integral de nutrición y alimentación y deben asociarse con proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades únicas de alimentación y nutrición de un estudiante.
- 4) Adjunte cualquier evaluación de alimentación/nutrición anterior y/o existente, planes de atención u otra documentación pertinente contenida en los registros médicos del estudiante a la Declaración médica para que los padres/tutores la entreguen a la escuela.
- 5) Considere estar disponible para consultar con el equipo de planificación de la hora de la comida del estudiante mientras implementa el plan de cuidado de alimentación/nutrición.

PARTE C: ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR y REPRESENTANTE DEL IEP/504

Tenga en cuenta lo siguiente al completar la PARTE C de la Declaración médica:

La firma del administrador de nutrición escolar y el coordinador 504 o el administrador de casos del IEP/representante del programa EC indica que se recibió y revisó la declaración médica y se está desarrollando/implementando un plan para abordar las necesidades únicas del estudiante a la hora de comer.

USDA Nondiscrimination Statement

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

correo:

Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Avenida Independencia, SW
Washington, DC 20250-9410; o

fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Email:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración médica para estudiantes con necesidades únicas a la hora de comer para comidas escolares 2023-2024

Cuando se completa por completo, este formulario brinda a las escuelas la información requerida 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 modificaciones de comidas en la escuela. Consulte la "Guía para completar la declaración médica para estudiantes con necesidades únicas a la hora de comer para las comidas escolares" (página anterior) para obtener ayuda para completar este formulario.

PART A (To be completed by PARENT/GUARDIAN)				
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento
	Escuela:		Grade	Student ID#
SELECCIONE las comidas y/o meriendas proporcionadas por la escuela en las que participará este estudiante:	<input type="checkbox"/> School Breakfast Program <input type="checkbox"/> National School Lunch Program <input type="checkbox"/> Afterschool Snack Program <input type="checkbox"/> Afterschool Supper Program <input type="checkbox"/> Fresh Fruit & Vegetable Program			
TUTOR(A) INFORMACIÓN DEL CONTACTO	Nombre impreso del PADRE / TUTOR(A):			
	Dirección de envío:		Ciudad:	Estado: Código postal:
	Teléfono del trabajo:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:
Describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela:				
Describa las preocupaciones que tiene sobre la capacidad de su estudiante para participar de manera segura en la hora de comer en la escuela.				
¿El estudiante ya tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			NOTA: Las necesidades únicas a la hora de comer para estudiantes sin un IEP, 504 o discapacidad, pero con problemas generales de salud, se abordan dentro del patrón de comidas a discreción del Administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.	
¿El estudiante ya tiene un Plan 504? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
TUTOR(A) Consentir	Acepto permitir que el proveedor de atención médica y el personal de la escuela de mi hijo se comuniquen según sea necesario con respecto a la información en este formulario.			
	TUTOR(A) Firma:		Fecha:	
POR FAVOR ENTREGUE LA DECLARACIÓN MÉDICA COMPLETAMENTE COMPLETA CON LAS FIRMAS DEL PADRE/TUTOR (PÁG. 2) Y LA AUTORIDAD MÉDICA (PÁG. 3/4), AL MAESTRO DE SU HIJO, DIRECTOR, ENFERMERA, ADMINISTRADOR DE CASO DE EDUCACIÓN ESPECIAL/ADMINISTRADOR DE CASO DE SECCIÓN 504, O ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR. EL PROCESAMIENTO PUEDE TOMAR HASTA 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA CALRIFICACIÓN FINAL DE LA AUTORIDAD PADRE Y/O MÉDICA.				

STUDENT NAME:

STUDENT ID#:

PART B (To be completed by a **RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY**, i.e., Licensed physicians, physician assistants, and nurse practitioners)

Describe the student's physical or mental impairment:

Explain how the impairment restricts the student's diet:

Major life activities affected: *Select all that apply.*

Walking Seeing Hearing Speaking Performing manual tasks Other (please specify):
 Learning Breathing Self-Care Eating/Digestion

Is this a Food Allergy? YES NO **If student has life threatening allergies* check appropriate box(es):**
**Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.*
 Is this a Food Intolerance? YES NO Ingestion Contact Inhalation

Specify any dietary restrictions or special diet instructions for accommodating this student in school meals:

For any special diet, list specific foods to be omitted and the recommended substitutions. <i>(You may attach a separate care plan)</i>	Foods to be Omitted	➔	Recommended Substitutions	Foods to be Omitted	➔	Recommended Substitutions

Designate EGG requirement for FOODS:

No egg to be consumed in any form Other (please specify):
 No scrambled/whole egg products
 No egg whites
 Can eat if baked/cooked in foods

Designate MILK requirement for FOODS:

No milk to be consumed in any form Other (please specify):
 No fluid milk
 No ice cream
 No cheese
 Can eat if baked/cooked in foods

Designate PEANUT requirement for FOODS:

No peanuts consumed in any form Other (please specify):

Designate TREE NUT requirement for FOODS:

No tree nuts consumed in any form Other (please specify):

Designate SOY requirement for FOODS:

No soy consumed in any form Other (please specify):
 Allow products with soybean oil

Designate WHEAT requirement for FOODS:

No wheat consumed in any form/Gluten Free Diet Other (please specify):

Designate safest consistency requirement for FOOD:

Pureed Mechanical Soft Other (please specify):
 Ground Chopped

Designate safest consistency requirement for LIQUIDS:

Clear Liquid Nectar-thick Other (please specify):
 Full Liquid Honey-thick
 Pudding-thick

Other comments about the child’s eating or feeding patterns, including tube feeding if applicable:			<i>*NOTE* If your assessment of the child does not yield sufficient data to fully complete the above sections applicable to the student’s mealtime needs, please refer the child/family to the appropriate health care professional for completion of the assessment.</i>
Signature of Recognized Medical Authority*	Printed Name	Phone Number ()	Date
<i>* A recognized medical authority in N.C. includes licensed physicians, physician assistants and nurse practitioners.</i>			

PART C <i>(To be completed by SCHOOL DISTRICT ADMINISTRATORS)</i>	Copy Received by: ___ Cafeteria Manager ___ School Nurse ___ IEP/504 Coordinator ___ Classroom Teacher ___ SN Central Office ___ Data Manager
School Nutrition Administrator’s Signature: Date:	
IEP/504 Coordinator Signature: Date:	
NOTES: (School Nutrition or other Program Staff)	