

Union County Public Schools School Nutrition

407 N. Main St. Suite 100, Monroe, NC 28112

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

Original to School Nutrition Copy to Teacher Copy to School Nurse

Cuando 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^o nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ N° de identificación _____ Escuela _____ Grado _____

¿Va el estudiante a consumir el desayuno en la cafetería de la escuela?

Sí No

¿Va el estudiante a consumir el almuerzo en la cafetería de la escuela?

Sí No

¿Va el estudiante a consumir bocadillos del Programa de bocadillos después del horario escolar?

Sí 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?

Sí 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.

Union County Public Schools School Nutrition

407 N. Main St. Suite 100, Monroe, NC 28112

PARTE B (Debe ser llenada 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"/> 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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Líquido transparente | <input type="checkbox"/> Puré |
| <input type="checkbox"/> Solamente líquidos | <input type="checkbox"/> Mecánicamente blanda |
| <input type="checkbox"/> Líquido procesado | <input type="checkbox"/> Sin cambio |

Indique los requisitos de consistencia de los líquidos:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Poco espesos | <input type="checkbox"/> Espesos de cuchara |
| <input type="checkbox"/> Como néctar | <input type="checkbox"/> Sin cambio |
| <input type="checkbox"/> 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.