



SI TIENE PREGUNTAS POR FAVOR COMUNÍQUESE CON:

Kim McCall RD, LDN - HYPERLINK  
"mailto:kmccall@mgsd.k12.nc.us"

[kmccall@mgsd.k12.nc.us](mailto:kmccall@mgsd.k12.nc.us)

Shelly Deneen, DTR - HYPERLINK  
"mailto:sdeneen@mgsd.k12.nc.us"

[sdeneen@mgsd.k12.nc.us](mailto:sdeneen@mgsd.k12.nc.us)

## Formulario de Pedido de Dieta Especial (Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales)

**Estimado Padre de Familia o Tutor Legal:**

Si su hijo tiene una alergia alimentaria, intolerancia, sensibilidad, restricción, modificación de la textura u otra necesidad dietética, se **REQUIERE** que tengamos un formulario completado de Pedido de Dieta Especial (Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para Comidas Escolares)

Es **OBLIGATORIO** que usted llene y entregue este formulario para tomar medidas con respecto a cualquier necesidad médica, incluida la modificación del menú, sustituciones u omisiones.

El personal de la escuela no puede cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos, restringir un alimento en el menú o alterar la dieta de su hijo en la escuela sin que se haya llenado toda la información en este formulario.

**TENGA EN CUENTA:** Usted **DEBERÁ** proporcionar el desayuno y el almuerzo desde su casa hasta que se procese esta orden de dieta. Espere 10 días desde el momento en que se envía el formulario completo a MGSD para procesar el pedido de dieta. Continúe proporcionando comidas desde su casa durante el tiempo de procesamiento.

Comuníquese con la Oficina de Nutrición Escolar si tiene alguna pregunta sobre esta política o si necesita ayuda con el Formulario de Pedido de Dieta Especial al 704-658-2639.

### **POR FAVOR ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETADOS Y FIRMADOS A:**

Distrito Escolar Calificado de Mooreville  
Servicios de Nutrición Escolar, Nutricionista  
574 W. McLelland Ave. B  
Mooreville, NC 28115  
Teléfono: (704) 658-2639 \* Fax: 704-664-4906  
**HIPERVINCULO**  
"mailto:sdeneen@mgsd.k12.nc.us"  
sdeneen@mgsd.k12.nc.us

Servicios de Nutrición Escolar  
574 W McLelland Ave Building B  
Mooreville, North Carolina 28115  
704-658-2639  
Fax: 704-664-4906

Fax: (704) 664-4960

Nombre del Estudiante:

## Orden de Dieta

### Distrito Escolar Calificado de Mooresville

Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para Comidas en la Escuela  
Cuando usted responde este formulario completamente, le brinda a la escuela la información requerida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos (OCR) y la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación de los Estados Unidos (OSERS) para realizar modificaciones de comidas en la escuela. Consulte la "Guía para Completar la Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para las Comidas Escolares" para obtener ayuda para responder este formulario.

#### PARTE A (El Padre de Familia o Tutor debe responder)

Nombre del Estudiante: (Apellidos) \_\_\_\_\_ (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

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

Sí  No

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

Sí  No

¿Comerá el estudiante el refrigerio proporcionado por el programa de antes y después de la escuela?

Sí  No

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/CP: \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Trabajo) (Casa) (Celular)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

¿Qué preocupaciones tiene sobre la capacidad de su hijo para participar de manera segura durante la hora de comer en la escuela?

¿El estudiante tiene una discapacidad identificada y un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un Plan 504?

Sí  No

Si la respuesta es Sí y tiene inquietudes sobre las necesidades nutricionales, solicite a un médico con licencia que complete la Parte B, página 2, de este formulario y que lo firme. Devuelva el formulario completo al Departamento de Nutrición Escolar y a la Enfermera de la Escuela.

Si la respuesta es No y tiene inquietudes sobre las necesidades nutricionales, solicite a un médico licenciado o una autoridad médica reconocida que complete la Parte B, página 2, de este formulario y que lo firme.

Devuelva el formulario completo al Departamento de Nutrición Escolar.

**NOTA: Las necesidades dietéticas especiales para estudiantes sin un IEP o un Plan 504 se adaptan a discreción del Administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.**

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

**IMPORTANTE:** si está enviando un nuevo pedido de dieta o un cambio en el pedido de dieta, espere 10 días hábiles para que se procese. Por favor proporcione comidas para su hijo, hasta que haya escuchado de nuestra oficina que esta orden de dieta ha sido procesada. El Departamento de Nutrición Escolar seguirá la orden dietética del médico siempre que su hijo esté inscrito en MGSD o hasta que los padres y el médico comuniquen o cambien la orden dietética.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante:

**PART B (Para ser Respondida por un Doctor con Licencia)**

Diagnóstico o Condición del Estudiante:

Marque todas las actividades importantes de la vida diaria que son afectadas:

- Caminar     Ver     Oír     Hablar     Respirar  
 Trabajar     Aprender  
 Otra \_\_\_\_\_     Realizar tareas manuales  
 Cuidarse a sí mismo (incluido comer)

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

Indique la ruta de ingestión de alimentos:

- Alimentación Oral  
 Alimentación por Tubo  
Nombre de la Fórmula  
\_\_\_\_\_

Instrucciones adicionales para la Alimentación por Tubo:

Enjuague con \_\_\_\_\_ cc de agua después de alimentar.

Comprobar el residual:

- Sí  
 No

Si es mayor que \_\_\_\_\_ cc de agua, suspenda la alimentación.

Equipo especial para la hora de comer:

Indique los requisitos de consistencia para los alimentos:

- Puré  
 Molida  
 Picado muy Fino  
(piezas de aprox. ¼, del tamaño de un chícharo )  
 Cortado  
(piezas de aprox. ½" de tamaño)  
 Otro  
 Sin Modificación de Textura.

Indique el requisito de consistencia para los líquidos:

- Delgada     Para comerse con cuchara  
 Como Nectar     Sin modificación para los líquidos  
 Como Miel

**INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS**

¿El estudiante tiene una INTOLERANCIA ALIMENTARIA (es decir, intolerancia a la lactosa, intolerancia al gluten, intolerancia al huevo)?  Sí  No

En caso afirmativo, indique específicamente la INTOLERANCIA ALIMENTARIA \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique las sustituciones apropiadas \_\_\_\_\_

¿El estudiante puede tener alimentos preparados con pequeñas cantidades del ingrediente (es decir, pan que tiene leche como ingrediente, almidón que contiene gluten o un waffle que contiene huevos)?

Sí  No

En caso afirmativo, especifique los alimentos apropiados que pueden tolerarse \_\_\_\_\_

**ALERGIAS DE COMIDA**

¿El estudiante tiene una ALERGIA ALIMENTARIA?  Sí  No

En caso afirmativo, marque todos los grupos de alimentos Y especifique los alimentos que se deben omitir:

- Cacahuates/Nueces \_\_\_\_\_  
 Lácteos (incluidos los quesos, yogurt, helado ) \_\_\_\_\_  
 Huevos \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante:**

- Pescado \_\_\_\_\_
- Leche (si es diferente a la intolerancia a la lactosa) \_\_\_\_\_
- Trigo (Nota: incluye muchos de nuestros panes, horneados y productos de carne/proteína) \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_
- Soya \_\_\_\_\_ Esto incluye aceite de soya?  Sí  No

Si el estudiante tiene alergias **potencialmente mortales\***, marque los espacios apropiados:

- ingestión
- contacto
- inhalación

\* Los estudiantes con alergias a los alimentos que amenazan su vida deben tener un plan de acción de emergencia en la escuela.

Para *cualquier* dieta especial, enumere los alimentos específicos que deben omitirse y sustituciones; puede adjuntar un plan de atención por separado.

- a. **Especifique con detalle los alimentos que deben omitirse**
- b. **Especifique las sustituciones que se recomiendan**

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

**Si no se ha desarrollado un plan de atención nutricional/alimentación antes de completar este formulario, se requiere una evaluación adicional, refiera al estudiante para una evaluación nutricional y de alimentación en su comunidad. El personal de la escuela no suele contar con instrumentación y/o capacitación para una evaluación integral de nutrición y alimentación.**

Firma del Médico/Autoridad Médica *	Nombre	Número de Teléfono	Fecha
-------------------------------------	--------	--------------------	-------

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

**PARTE C (Para ser respondida por los Servicios de Nutrición de la Escuela)**

**Notas de los Servicios de Nutrición de la Escuela:**

**Firma del Administrador de SN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o actuar en represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [Cómo presentar una queja](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta todos de la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

(1) Correo Regular:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; (2)

Fax: (202) 690-7442; (3) Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## Nombre del Estudiante:

# Guía para completar la Declaración Médica para estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para las Comidas Escolares

### Padre de Familia/Tutor Legal:

La Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para las Comidas Escolares ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones en las comidas para los estudiantes que las requieran. Completar todos los elementos permitirá que la escuela de su hijo cree un plan con usted para proporcionar comidas seguras y apropiadas a su hijo mientras está en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes entregue este formulario firmado y completado a la escuela de su hijo, el Programa de Nutrición Escolar o el personal de la escuela podrá preparar los alimentos que necesita su hijo. Se requiere su firma para que su escuela tome medidas sobre la declaración médica. El personal de la escuela no puede cambiar la textura de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de su hijo en la escuela sin completar toda la información en este formulario.

Siga los pasos a continuación para comenzar:

- 1) Complete todos los elementos 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 complete la **PARTE B**.
- 3) Devuelva la Declaración Médica debidamente firmada al maestro, director, enfermera, Administrador de Casos de Educación Especial o al Administrador de Casos de la Sección 504 de su hijo, al Administrador de Nutrición Escolar o al miembro del personal de la escuela que le entregó el formulario en blanco.
- 4) Pregúntele a la escuela cuándo se reunirá un equipo, incluido usted y el Administrador de Nutrición Escolar del sistema escolar, para considerar la información provista en el formulario. 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.

### **Médicos y Autoridades Médicas:**

Este formulario ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones en las comidas para los estudiantes que las requieran. La finalización de todos los elementos agilizará el cuidado eficiente 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 implementan basándonos en la evaluación médica y la planificación del tratamiento y deben ser ordenadas por un médico con licencia o una autoridad médica reconocida.

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

1. Complete todos los elementos de la **PARTE B**. *(Nota: Se requiere la firma de un médico con licencia para los estudiantes con una discapacidad. Para los estudiantes sin una discapacidad, un médico con licencia 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 diaria que la discapacidad limita. En el caso de alergia a los alimentos, **indique si la condición del estudiante es una intolerancia a los alimentos, una alergia que afecta el rendimiento y la participación en la escuela (por ejemplo, sarpullido severo, hinchazón y molestias) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo un ataque anafiláctico).**
3. Si su evaluación del niño no arroja suficientes datos para tomar una determinación sobre las sustituciones de alimentos, las modificaciones de la consistencia u otras restricciones dietéticas, refiera al niño/la familia a los especialistas en alimentación, nutrición o alergias correspondientes para completar la Declaración Médica. Las escuelas normalmente 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 de un estudiante.
4. Adjunte cualquier evaluación previa y/o existente de alimentación/nutrición, 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 escolar del niño mientras se implementa el plan de cuidado de alimentación/nutrición.