

# Declaración Médica para Solicitar una Modificación de Comida Escolar

**¡Importante!** Seleccione la categoría aplicable de modificación de comida entre las tres listadas más abajo. Luego lea y siga cuidadosamente los procedimientos para esa categoría. La escuela devolverá las Declaraciones Médicas que estén incompletas al padre/tutor. Si tiene preguntas acerca de este formulario, la persona de contacto en la escuela mencionada en la Parte A abajo lo ayudará.

## 1. Modificación debido a una discapacidad:

- Se requiere que una escuela realice modificaciones de comidas prescritas por un médico autorizado para adecuarse a la discapacidad del estudiante. Consulte la definición de discapacidad al dorso de este formulario.
- La Parte B de este formulario debe ser completado por una autoridad médica, que es un médico con licencia (MD o DO), asistente del médico (PA), avanzadas registrado enfermera practicante (ARNP), o está autorizado para escribir recetas médicas bajo la ley estatal.
- Las Partes A y C de este formulario también deben ser completadas antes de que la escuela pueda realizar las modificaciones de comidas.
- Las modificaciones de comidas continuarán hasta que un médico autorizado solicite que las modificaciones sean cambiadas o interrumpidas en el Formulario 19-C, que está disponible en la escuela.
- Se recomienda firmemente que un médico autorizado actualice en forma anual el pedido de dieta prescripto.

## 2. Modificación debido a una alergia/intolerancia a un alimento u otra afección médica que no alcanza el nivel de una discapacidad:

- Una escuela tiene la opción de realizar modificaciones de comidas prescritas por una autoridad médica debido a una alergia/intolerancia a un alimento u otra afección médica que no alcanza el nivel de una discapacidad.
- La Parte B de este formulario debe ser completado por una autoridad médica, que es un médico con licencia (MD o DO), asistente del médico (PA), avanzadas registrado enfermera practicante (ARNP), o está autorizado para escribir recetas médicas bajo la ley estatal.
- Las Partes A y C de este formulario también deben ser completadas antes de que la escuela pueda realizar las modificaciones de comidas.
- Si una escuela elige realizar las modificaciones de comidas, éstas continuarán hasta que un médico autorizado solicite que las modificaciones sean cambiadas o interrumpidas en el Formulario 19-C, que está disponible en la escuela.
- Se recomienda firmemente que una autoridad médica actualice en forma anual el pedido de dieta prescripto.

## 3. Sustitución de leche de vaca fluida debido a intolerancia a la lactosa, alergia, dieta vegana, razones religiosas, éticas o culturales:

- Una escuela tiene la *opción* de realizar una sustitución de leche de vaca líquida que sea solicitada por un padre/tutor, pero que no esté prescripta por una autoridad médica.
- Las Partes A y D de este formulario deben ser completadas antes de que la escuela pueda realizar una sustitución de leche de vaca líquida.
- Si una escuela elige proporcionar dicha sustitución, ésta continuará hasta que un padre/tutor solicite que la sustitución sea cambiada o interrumpida en el Formulario 19-C, que está disponible en la escuela.

<b>Parte A. Información de Contacto del Estudiante, Padre/Tutor y Escuela - A ser completada por un padre/tutor o persona de contacto de la escuela</b>		
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
Nombre del Padre/Tutor:	Teléfono del Padre/Tutor:	
Nombre de la Persona de Contacto de la Escuela:	Teléfono de la Persona de Contacto de la Escuela:	
<b>Parte B. Pedido de Dieta Prescripta - Esta parte debe ser completada por una autoridad médica según lo especificado anteriormente.</b>		
1. Marque UNA: <input type="checkbox"/> Discapacidad O <input type="checkbox"/> Alergia/intolerancia a un alimento u otra afección médica que no alcance el nivel de una discapacidad		
2. Especifique la discapacidad, alergia/intolerancia a un alimento o afección médica relacionada con el pedido de dieta prescripta.		
3. Si el estudiante tiene una discapacidad, ¿qué actividad importante de la vida está afectada? Ejemplo: La alergia a los maníes afecta la capacidad de respirar.		
4. Tipo de Dieta Especial: <input type="checkbox"/> Marque si no es aplicable O especifique el tipo de dieta especial (por ejemplo, baja en sodio, libre de gluten, diabética, etc.).		

5. Textura Modificada:	<input type="checkbox"/> No Aplicable	<input type="checkbox"/> Picada	<input type="checkbox"/> Molida	<input type="checkbox"/> Puré
6. Espesor Modificado de Líquidos:	<input type="checkbox"/> No Aplicable	<input type="checkbox"/> Néctar	<input type="checkbox"/> Miel	<input type="checkbox"/> Espeso para comer con cuchara o tipo Budín

7. Equipo Especial de Alimentación:

Marque si no es aplicable O *liste el equipo especial de alimentación* (por ejemplo, cuchara grande con mango, taza con sorbete, etc.).

8. Alimentos a ser Omitidos y Sustituídos:

Marque si no es aplicable O *liste los alimentos específicos a ser omitidos y sustituidos. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.*

*IMPORTANTE: Para un estudiante que no tiene una discapacidad reconocida, las únicas sustituciones de leche de vaca líquidas permitidas por el Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés) son: (1) leche de vaca líquida libre de lactosa o (2) bebida no láctea con un perfil nutritivo equivalente a la leche de vaca líquida según lo especificado en las regulaciones federales. Actualmente las únicas bebidas que cumplen con estas especificaciones son ciertas marcas de leche de soja.*

Omitir Alimentos Listados Abajo:	Sustituir Alimentos Listados Abajo:

9. Información de la Autoridad Médica

Firma:	Título:	
Nombre en Letra de Imprenta:	Teléfono: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Fecha:</td> </tr> </table>	Fecha:
Fecha:		

**Parte C. Permiso del Padre/Tutor** – A ser completado por un padre/tutor

Doy mi permiso al personal escolar responsable de implementar el pedido de dieta prescripto para mi hijo para que discuta las adaptaciones especiales de la dieta con el personal escolar apropiado y para que cumpla con el pedido de dieta prescripto para las comidas escolares. También doy permiso para que la autoridad médica de mi niño aclare aún más el pedido de dieta prescripta en este formulario si así lo requiere el personal de la escuela.

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

**Parte D. Pedido de Sustitución de Leche de Vaca Líquida debido a Intolerancia a la Lactosa, Alergia, Dieta Vegana, por Razones Religiosas, Culturales o Éticas** – A ser completadas por un padre/tutor

En lugar de leche de vaca líquida, por favor proporcione al estudiante mencionado en la Parte A de este formulario el siguiente sustituto (Marque UNO):

Leche de vaca libre de lactosa  Bebida no láctea con un perfil nutritivo equivalente a la leche de vaca líquida según las regulaciones federales

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

**Definición de Discapacidad:**

Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) una "persona con una discapacidad" se refiere a "cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita en forma sustancial una o más actividades vitales importantes, tiene un registro de dicho impedimento o es considerado como que tiene dicho impedimento".

Las actividades vitales importantes abarcadas por esta definición incluyen cuidar de uno mismo, comer, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, trabajar y funciones corporales principales. El término "impedimento físico o mental" incluye, pero no está limitado a, enfermedades, afecciones y funciones tales como:

- Impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y de la audición
- Parálisis Cerebral, Epilepsia, Distrofia Muscular y Esclerosis Múltiple
- Digestivas, intestinales y de vejiga
- Neurológicas y cerebrales
- Respiratorias
- Cáncer
- Cardiovasculares, circulatorias y cardíacas
- Metabólicas y endocrinas
- Anafilaxis alimenticia (alergia grave a los alimentos)
- Retardo mental
- Enfermedad emocional
- Adicción a las drogas y alcoholismo

Las personas que toman medidas paliativas para mejorar o controlar cualquiera de las afecciones reconocidas como una discapacidad aún son consideradas como personas que tienen una discapacidad y requieren una adaptación.