

Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales para Comidas Escolares

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

PARTE A (El padre/tutor debe completar el formulario)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de estudiante _____ Grado _____ escuela _____

¿El estudiante comerá el desayuno proporcionado? Sí No ¿El estudiante comerá el almuerzo proporcionado? Sí No el alumno comer a bocadillo proporcionada por la cafetería de la escuela?
 Sí No

Nombre con letra de molde del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Número(s) de teléfono: _____
(Trabajo) (Casa) (Celular)

Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué inquietudes tiene sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela?

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

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

Sí No

En caso afirmativo y tiene inquietudes sobre las necesidades nutricionales, pídale a un médico autorizado que complete la Parte B, página 2 de este formulario y lo firme. Devuelva el formulario completo a _____.

Si no y tiene inquietudes sobre las necesidades nutricionales, pídale a un médico autorizado o una autoridad médica reconocida que complete la Parte B, página 2 de este formulario y lo firme.

Devuelva el formulario completo a _____.

NOTA: Las necesidades dietéticas especiales de los estudiantes sin un IEP o un plan 504 se adaptan a discreción del Administrador de Nutrición Infantil y las políticas del distrito escolar.

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

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

PARTE B (Bebe ser completado por un médico autorizado)

Diagnóstico o condición del alumno:

Marque las principales actividades de la vida afectadas:

- Caminar Vista Auditivo Habla
 Respiratorio Trabajo Aprendizaje Otro _____
 Ejecutando tareas manuales Cuidado personal (incluido comiendo)

Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones de dieta especial para las comidas escolares:

Designando requisitos consistencia para alimento:

- Líquidos claros En puré
 Líquido completo **Mecánico Suave**
 Líquido licuado No necesita cambio

Consistencia requerida para líquidos:

- No espesa Espesa (a cucharadas)
 como néctar No se necesita cambio
 como la miel

Enumere los alimentos que causan *intolerancia alimentaria* y que deben evitarse: _____

Enliste cualquier alimento que causa *alergias alimenticias*; eso debería ser evitado: _____

Si alumno tiene **alergias que amenazan su vida***, marque la opción adecuada: ingestión contacto inhalación

* Estudiantes con vida amenazante alimento alergias debe tener un emergencia acción plan en lugar en escuela.

Para *cualquier* especial dieta, lista específico alimentos a ser omitido y sustituciones; tú puede adjuntar a separado plan de cuidados .

a. Alimentos Ser Omitido

b. Sustituciones recomendadas

a. Alimentos Ser Omitido	b. Sustituciones recomendadas

Indicar cualquier otros comentarios acerca de los niños comiendo o alimentación patrones, incluido tubo alimentación si corresponde:

Si no se ha desarrollado un plan de cuidado nutricional/alimentación antes de completar este formulario, se requiere una evaluación adicional. requerido, por favor referirse alumno para alimentación y nutricional evaluación en su comunidad. Basado en la escuela El personal no cuenta habitualmente con instrumentación y/o capacitación para una evaluación integral de nutrición y alimentación.

Firma de Médico/Médico Autoridad*	Impreso Nombre	Teléfono Número	Fecha
-----------------------------------	----------------	-----------------	-------

* A con licencia médico firma es requerido para estudiantes con a discapacidad. Para estudiantes sin a discapacidad, a con licencia médico o Reconocido médico autoridad debe firmar el forma.

PARTE C (A ser terminado por Niño Nutrición Servicios)

Niño Nutrición Servicios Notas:

Firma del administrador CN : _____ Fecha: _____

Guía para completar la declaración médica para estudiantes con necesidades

In accordance with federal law and United States Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, or call toll free (866) 632-9992 (voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339 or (800) 845-6113 (voice). (Sepda3m2s0h2).1 UCSoDmAnis an equal opportunity provider and employer.
Tulsa Public Schools Revised 4/30/14

Nutricionales Especiales para Comidas Escolares

Padre/Tutor:

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

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes proporcione este formulario firmado y completo a la escuela de su hijo, el Programa de Nutrición Infantil o el personal de la escuela podrán preparar los alimentos que su hijo necesita. Se requiere su firma para que su escuela tome medidas sobre la declaración médica. El personal de la escuela no puede cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos ni alterar la dieta de su hijo en la escuela para el año escolar 2020-2021 sin toda la información contenida en este formulario.

Siga los pasos a continuación para comenzar:

- 1) Complete todos los puntos de la **PARTE A** de la Declaración Médica.
- 2) Lleve la Declaración Médica al pediatra de su hijo o al médico de familia y pídale que complete la **PARTE B**.
- 3) Devuelva la Declaración médica debidamente firmada a la enfermera de la escuela de su hijo, al gerente de la cafetería, al administrador de nutrición infantil o al personal de la escuela que le entregó el formulario en blanco.

Médicos y Autoridades Médicas:

Este formulario ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones de comidas para los estudiantes que las requieran. La finalización de todos los elementos agilizará la atención eficiente del estudiante.

La escuela no puede cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos ni alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin una declaración adecuada de su parte. Las modificaciones de las comidas se implementan en función de la evaluación médica y la planificación del tratamiento y deben ser ordenadas por un médico autorizado o una autoridad médica reconocida.

Considere 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 autorizado para estudiantes con una discapacidad. Para estudiantes sin discapacidad, un médico autorizado o una autoridad médica reconocida debe firmar el formulario. Las autoridades médicas reconocidas incluyen médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes.)
- 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la discapacidad del niño y las actividades de la vida que la discapacidad limita. En el caso de alergia alimenticia, indique si la condición del estudiante es una intolerancia alimentaria, una alergia que afectaría el desempeño y la participación en la escuela (p. ej., sarpullido severo, hinchazón y malestar) o una alergia potencialmente mortal (p. ej., alergia anafiláctica, 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/familia a los especialistas en alimentación, nutrición o alergias correspondientes para completar el examen médico. Declaración. Las escuelas habitualmente no cuentan con instrumentos y/o personal capacitado para una evaluación integral de nutrición y alimentación y deben asociarse con proveedores comunitarios para satisfacer las necesidades especiales de alimentación y nutrición de un estudiante.
- 4) Adjunte cualquier evaluación de alimentación/nutrición, plan de atención u otra documentación pertinente anterior y/o existente contenida en los registros médicos del estudiante a la Declaración médica para que el padre/tutor la entregue a la escuela.
- 5) Considere estar disponible para consultar con el equipo escolar del niño mientras implementa el plan de atención de alimentación/nutrición. cuidado plan.