

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196
Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools
Educando, desarrollando e inspirando a nuestros estudiantes para el éxito de toda una vida.

Número de serie: **710.2.4P** Aprobación: **noviembre de 2018** Revisión: **julio de 2024**

Título: **Declaración de dieta especial**

Instrucciones: Entregue esta declaración de dieta especial cumplimentada al personal de enfermería de la escuela. Este formulario consta de tres partes. La primera parte debe ser cumplimentada por el padre, la madre, el tutor o el estudiante adulto. La segunda parte debe ser cumplimentada por un médico con licencia, un auxiliar médico o un enfermero titulado de práctica avanzada, como un enfermero practicante certificado. La tercera parte contiene avisos legales para su revisión. Solo es necesario actualizar este formulario cuando cambian las necesidades del estudiante.

Primera parte: Información del estudiante. Rellenado por el padre, la madre o el tutor.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre Día/mes/año

Nombre de la escuela / del programa: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre del Padre/ Madre/ Tutor: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene previsto el estudiante comer la comida de la escuela? Sí No

Si la respuesta es Sí:

- Desayuno y almuerzo Solo almuerzo Solo desayuno
 Selección de días/comidas por comunicar al encargado del centro de servicios de nutrición

Autorización voluntaria

Nota para los padres, las madres, los tutores o los estudiantes adultos: Usted puede autorizar al Distrito 196 a aclarar esta Declaración de dieta especial con el profesional de la salud de los estudiantes firmando la siguiente sección de Autorización voluntaria:

De conformidad con las disposiciones de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) y la ley estatal correspondiente, por la presente autorizo al médico/profesional de la salud identificado a continuación a divulgar la información de salud protegida que sea necesaria con el fin específico de proporcionar información relativa a la dieta al Distrito 196 y doy mi consentimiento para permitir que el médico/profesional de la salud intercambie libremente la información que figura en este formulario y en sus registros con el Distrito 196 según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello repercuta en la elegibilidad de mi solicitud de dieta especial. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede ser rescindido en cualquier momento, con la salvedad de que mi rescisión no afectará a la información que ya se haya divulgado. Esta información se divulgará con el propósito específico de mi solicitud de dieta especial. El abajo firmante certifica que es el padre, la madre, el tutor, el estudiante adulto o el representante autorizado del estudiante que figura en este documento y que tiene autoridad legal para firmar en nombre de dicho estudiante.

Padre, madre, tutor o estudiante adulto: _____ Fecha: _____

Segunda parte: Adaptación de la dieta. Rellenado por un profesional de la salud (médico con licencia, auxiliar médico o enfermero titulado de práctica avanzada).

1. Identifique los alérgenos que deben evitarse:

Leche Huevos Pescado Mariscos crustáceos Cacahuets Frutos secos Trigo Soja Sésamo

Otro: _____

2. Breve explicación de cómo afecta al estudiante la exposición a este alimento:

3. Enumere los alimentos específicos que deben omitirse y sustituirse, si corresponde. Incluya instrucciones adicionales si es necesario.

Nota: El Distrito Escolar no está obligado a proporcionar la sustitución exacta solicitada, pero ofrecerá una sustitución razonable que se adapte efectivamente a la discapacidad del estudiante.

Alimentos que deben omitirse	Alimentos que deben sustituirse

4. ¿Se puede consumir el alérgeno en productos horneados?

Sí: indique cuáles alérgenos No N/A

Información adicional (completar si procede)

Modificación de la textura: Puré Molido Trozos pequeños Otros: _____

Alimentación por sonda. Nombre de la fórmula: _____

Instrucciones de administración: _____

Alimentación por vía oral: No Sí (especificar los alimentos): _____

Otras modificaciones o adiciones a la dieta. Instrucciones (describir): _____

Firma

Un médico con licencia, un auxiliar médico o un enfermero titulado de práctica avanzada, como un enfermero practicante certificado, debe firmar y entregar una copia de este documento.

Nombre: _____ Fecha: _____

Credenciales para recetar: _____ Clínica/Hospital: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

X _____

Firma del profesional de la salud

Tercera parte: Avisos

Finalidad y uso

Las instituciones u organizaciones como el Distrito 196 que patrocinan y administran un Programa de nutrición infantil financiado con fondos federales deben hacer sustituciones razonables a las comidas o a los refrigerios, caso por caso, para los participantes que se considere que tienen una discapacidad que restringe su dieta: Programa de nutrición escolar: 7 CFR 210.10(m); Programa de alimentación para el cuidado de niños y adultos: 7 CFR 226.20 (g); Programa de servicio de alimentos durante el verano: 7 CFR 225.16(f)(4). Según la Ley de Enmiendas de la ADA, la mayoría de las deficiencias físicas y mentales que limitan o afectan sustancialmente a una o más actividades vitales o funciones corporales importantes constituyen una discapacidad.

El Distrito 196 no está obligado a atender solicitudes de dietas especiales que no constituyan una discapacidad, incluidas las relacionadas con convicciones religiosas o morales o preferencias personales. Si se atienden estas solicitudes, el Distrito 196 debe asegurarse de que se cumplan todos los requisitos de patrones de comidas y nutrientes del USDA.

Este formulario debe ser cumplimentado por un médico con licencia, un auxiliar médico o un enfermero titulado de práctica avanzada, como un enfermero practicante certificado. Solo es necesario actualizar este formulario cuando cambian las necesidades del estudiante.

La información proporcionada en este formulario se utilizará para determinar si su estudiante es elegible para recibir sustituciones razonables de las comidas por motivos de discapacidad. Salvo que lo permita la ley o lo exija una citación u orden judicial, la información facilitada en este formulario solo se compartirá con el personal del Distrito 196 que tenga una necesidad legítima de conocer dicha información (como el personal de enfermería de la escuela y el personal de alimentación y nutrición encargado de evaluar y atender las solicitudes de sustitución de comidas). Usted no tiene la obligación de proporcionar la información de este formulario, pero si no lo hace, es posible que el distrito escolar no pueda ofrecer una sustitución razonable de la comida a su estudiante.

No discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el Distrito 196 tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o tomar represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

Además, la información del programa está disponible en otros idiomas. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o bien comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, debe rellenar el formulario AD-3027 de queja por discriminación en el programa del USDA, que puede obtenerse en línea en <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o a través de una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta vulneración de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deberán presentarse al USDA por los siguientes medios:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

El Distrito 196 provee igualdad de oportunidades.