Declaración Médica para Modificaciones de Comidas en Programas de Nutrición Escolar

Este formulario se aplica a las solicitudes de modificaciones de comidas para niños que participan en los programas de nutrición escolar del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA). Los programas de nutrición escolar incluyen el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP), el Programa de Desayunos Escolares (SBP), el Programa de Meriendas Extracurriculares (ASP), la Opción de Verano sin Interrupciones (SSO) del NSLP, el Programa Especial de Leche (SMP) y el Programa de Frutas y Verduras Frescas (FFVP). Las escuelas e instituciones están obligadas a hacer modificaciones razonables en las comidas de los niños cuyo impedimento físico o mental restringe su dieta. Consulte la página de instrucciones para obtener orientación adicional.

Por favor tenga en cuenta: Para las declaraciones médicas presentadas, el USDA requiere que el padre/tutor incluya: 1) información sobre el impedimento físico o mental del niño que sea suficiente para permitir que la autoridad de alimentos escolares (SFA) comprenda cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño; 2) pasos detallados o una explicación de lo que se debe hacer para acomodar la discapacidad del niño; y 3) en su caso, el alimento o alimentos a omitir y las alternativas recomendadas.

Sección A – Completada por el padre o tutor

1. Nombre del niño: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____
3. Nombre del padre o tutor: _____
4. Número de teléfono (con código de área): _____ 5. Dirección de correo electrónico: _____
6. Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
7. De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA), por la presente autorizo _____
nombre en letra de imprenta del profesional de la salud con licencia estatal del niño
a divulgar la información médica protegida de mi hijo según sea necesario para el propósito específico de la información de dieta especial a _____ y doy mi consentimiento para permitir que el profesional de la salud con licencia
nombre en letra de imprenta de la escuela/distrito
intercambie libremente la información que figura en este formulario y en los registros de mi hijo con la escuela/distrito según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin impacto en la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que puedo rescindir el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido divulgada.
8. Firma del padre o tutor: _____ 9. Fecha: _____

Sección B - Completada por el profesional de la salud con licencia estatal del niño

Esta sección debe ser completada por el médico (MD), el asistente médico (PA), el doctor en osteopatía (DO), la enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) o el dietista registrado (RD) del niño.

10. **Impedimento físico o mental:** ¿Tiene el niño un impedimento físico o mental que restringe la dieta del niño?
☐ **No** ☐ **Sí:** Describa en detalle cómo el impedimento físico o mental del niño restringe la dieta del niño.

11. **Plan de dieta:** Explique la modificación de la dieta/comida para el niño. Adjunte una dieta/plan de comidas específico, si es necesario.

12. **Omisiones y sustituciones de alimentos:** Haga una lista de los alimentos que deben omitirse/sustituirse de la dieta/plan de comidas del niño.

Declaración Médica para Modificaciones de Comidas en Programas de Nutrición Escolar

Sección B - Completado por el profesional de la salud con licencia estatal del niño, continuación

13. **Textura de los alimentos:** Haga una lista de los alimentos que requieren un cambio en la textura. Indique "todos" si todos los alimentos deben prepararse de esta manera.

☐ Cortado en trozos del tamaño de un bocado: _____

☐ Finamente molido: _____

☐ Puré: _____

14. **Equipo especial de alimentación:** Enumere cualquier equipo especial o utensilios especiales necesarios.

15. **Información adicional:** Indique cualquier otra información sobre los patrones de alimentación del niño que ayude a proporcionar la modificación de la comida solicitada.

16. Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud autorizado: _____

17. Número de teléfono (con código de área): _____

18. Firma del profesional de la salud autorizado: _____

19. Fecha: _____

20. Sello de oficina: _____

Como indican las políticas, proporcione información/copia a:

☐ **Cafetería/FSMC** **Fecha:**

☐ **Comité 504** **Fecha:**

☐ **Enfermera Escolar/Clínica** **Fecha:**

☐ **Archivado con los registros de los estudiantes** **Fecha:**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.
La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de Señas Americana), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.
Para presentar una queja por discriminación en el programa, un Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/ default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA a través de:

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

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

El Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de Florida está comprometido con una política de igualdad de oportunidades/acción para todas las personas calificadas. El Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de la Florida no discrimina en la práctica laboral, el programa educativo o la actividad educativa por motivos de edad, ascendencia, color, antecedentes penales (en empleo estatal y licencias), identidad o expresión de género, información genética, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, estado civil, discapacidad mental (pasada o presente), origen nacional, discapacidad física (incluida la ceguera), raza, credo religioso, represalias por discriminación o coerción a la que se habían opuesto anteriormente, sexo (embarazo o acoso sexual), orientación sexual, condición de veterano o peligros laborales para los sistemas reproductivos, a menos que exista una calificación ocupacional de buena fe que excluya a las personas en cualquiera de las clases protegidas antes mencionadas.

Las consultas sobre las políticas de no discriminación del Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de la Florida deben dirigirse a: La División de Alimentos, Nutrición y Bienestar, 850-617-7400

INSTRUCCIONES

"Una persona con una discapacidad" se define como cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tenga un registro de dicho impedimento o se considere que tiene dicho impedimento.

"Impedimento físico o mental" significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos especiales de los sentidos; respiratorios, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivos, digestivos, genitourinarios; hemático y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome del cerebro orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

"Actividades principales de la vida" incluyen, pero no se limitan a, el cuidado de uno mismo, la realización de tareas manuales, la vista, el oído, la alimentación, el sueño, caminar, pararse, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

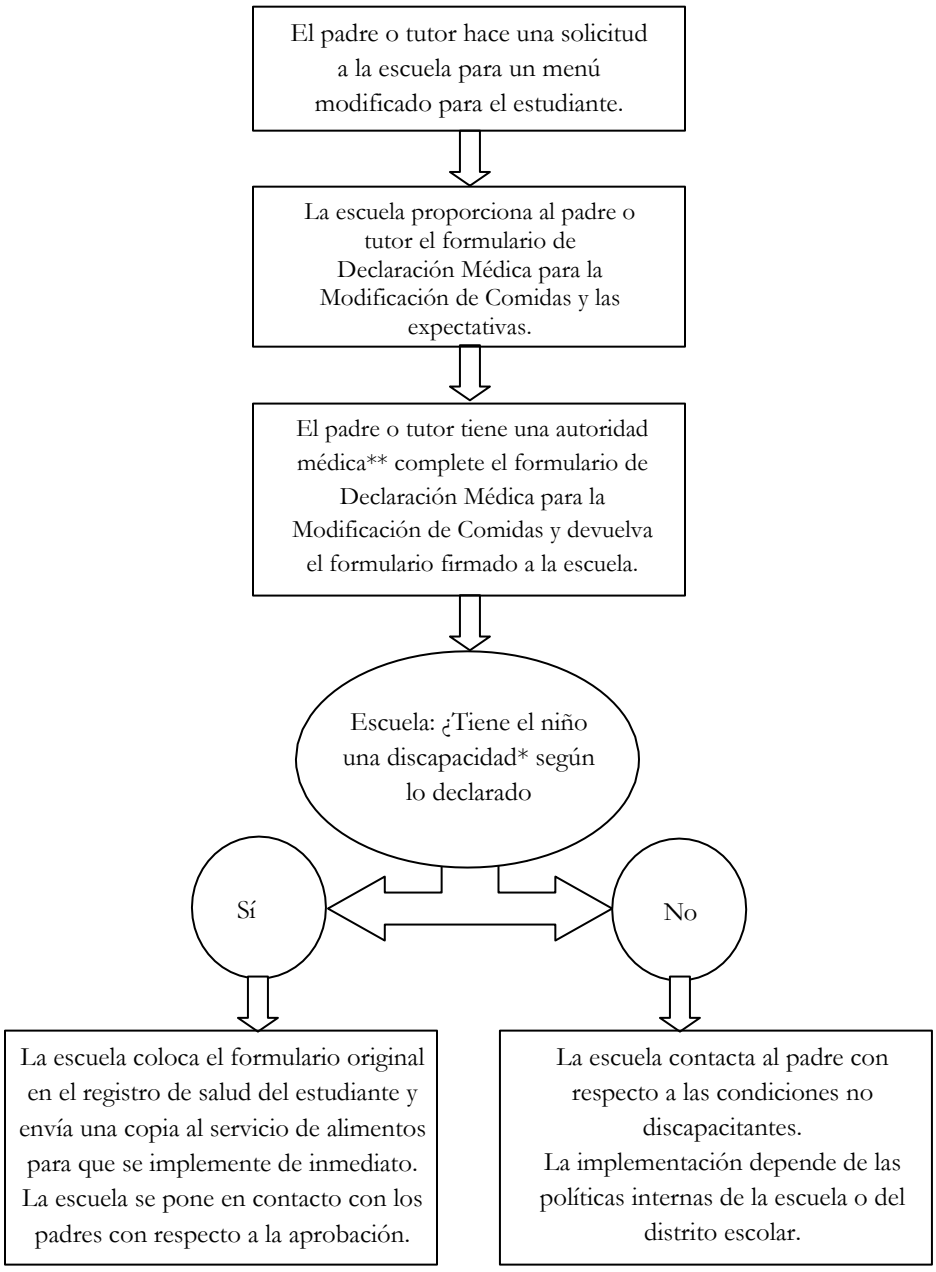
"Tener un registro de tal impedimento" se define como tener un historial de o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como tener un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

(CITAS DE LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973 Y LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES DE 1990)

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA COMIDAS Y/O ADAPTACIONES

1. **Nombre del Niño**: Escriba en letra de imprenta el nombre del estudiante que solicita una modificación de comida.
2. **Fecha de Nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento del estudiante en formato 'mes/día/año'.
3. **Nombre del Padre o Tutor:** Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que solicita el estado médico del estudiante.
4. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono principal del padre o tutor.
5. **Dirección de Correo Electrónico:** Indique una dirección de correo electrónico que esté actualizada y que se revise regularmente.
6. **Dirección:** Proporcione una dirección de la casa donde el estudiante reside la mayor parte del tiempo.
7. **Nombre de la Autoridad Médica Reconocida del Niño:** Nombre del proveedor de atención médica que firma este formulario **Nombre del Distrito Escolar:**
8. **Firma del Padre o Tutor: Firma de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.**
9. **Fecha: Escriba la fecha en que el padre o tutor firmó el documento.**
10. **Marque uno: Marque (✓) una casilla para indicar si el estudiante tiene una discapacidad o no tiene una discapacidad.** Si el estudiante tiene una discapacidad, proporcione una descripción de la actividad principal de la vida del estudiante afectada por la discapacidad. Describa cómo la condición física o médica afecta al estudiante (p. ej., la alergia a los cacahuetes causa una reacción potencialmente mortal o diabetes y necesita comidas programadas con insulina).
11. **Plan de Dieta y/o Adaptación:** Describa una dieta *específica* (o adaptación (por ejemplo, alimentos blandos) que haya sido recetada por un médico o describa una modificación de la dieta solicitada para una condición no incapacitante (por ejemplo, todos los alimentos deben estar en forma líquida o en puré; el estudiante no puede comer alimentos sólidos).
12. **Alimentos que se Deben Omitir y Sustituciones:** Haga una lista de alimentos específicos que se deben omitir (p. ej., excluya la leche líquida). Si no es necesario omitir alimentos específicos, omita esta pregunta. **Sustituciones Sugeridas:** Haga una lista de alimentos específicos para incluir en la dieta (p. ej., leche fortificada con calcio).
13. **Textura de los Alimentos:** Marque (✓) una casilla para indicar el tipo de adaptación de la textura de los alimentos que se necesita. Si el estudiante no necesita ninguna modificación de textura, omita esta pregunta.
14. **Equipo de Adaptación:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al participante a comer (p. ej., un vaso con tapa, una cuchara con mango grande, plato de succión).
15. **Información Adicional:** Enumere cualquier otra información relacionada con las comidas o los alimentos que pueda ser útil.
16. **Nombre en Letra de Imprenta de la Autoridad Médica:** Escriba el nombre de la autoridad médica.
17. **Número de Teléfono:** Imprima el número de teléfono con código de área, de la autoridad médica.
18. **Firma de la Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica que solicita una comida especial o adaptación.
19. **Fecha:** Escriba la fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.
20. **Sello de la Oficina de la Autoridad Médica:** Debe ser completado por un miembro del personal de la autoridad médica y debe incluir el nombre de la práctica médica, la dirección y el número de teléfono

FLUJO SUGERIDO PARA MANEJAR SOLICITUDES DE MODIFICACIÓN DE COMIDAS



* Discapacidad: un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, incluidas, entre otras, ver, oír, caminar, hablar, aprender, leer, comer, respirar, etc.

** Autoridad médica: un profesional de la salud con licencia estatal autorizado para emitir recetas médicas debe firmar este formulario. Incluyendo: Médicos con licencia (MD, DO), Enfermeras especializadas registradas avanzadas (ARNP) y asistentes médicos (PA).