

## Guía para completar la declaración médica para estudiantes con necesidades alimentarias especiales para las comidas escolares

### PARTE A - PADRE/MADRE/GUARDIAN

La Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Únicas de Comidas Escolares ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones en las comidas para los estudiantes que las requieren con una discapacidad. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. La cumplimentación de todos los puntos permitirá a la escuela de su hijo crear un plan con usted para proporcionar comidas y tentempiés seguros y apropiados a su hijo mientras esté 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, antes podrán el Programa de Nutrición Escolar y su personal preparar los alimentos que su hijo necesita. Su firma es necesaria para que la escuela pueda dar curso a la Declaración Médica.

#### Para empezar, sigue estos pasos:

- 1) Rellene todos los apartados de la **PARTE A** de la Declaración Médica.
- 2) Lleve la Declaración Médica al profesional sanitario autorizado por el Estado de su hijo, como su pediatra o médico de familia (MD), enfermera practicante (NP), asistente médico (PA) o nutricionista dietista registrado (RD/RDN), y pídale que rellene la PARTE B.
- 3) DEVUELVA A SU CENTRO ESCOLAR LA DECLARACIÓN MÉDICA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, CON LAS FIRMAS DE LOS PADRES/TUTORES Y DEL PROFESIONAL SANITARIO CON LICENCIA ESTATAL.
- 4) Pregunte en la escuela cuándo se reunirá un equipo formado por usted, el administrador de nutrición escolar del sistema escolar y otras personas para estudiar la información facilitada en el formulario. También puede invitar a la reunión a personas de la comunidad que conozcan los problemas de alimentación y nutrición de su hijo. Por ejemplo, el pediatra, la enfermera, el logopeda, el terapeuta ocupacional, el dietista titulado o el auxiliar de cuidados personales de su hijo.

### PARTE B – PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL Y/O NUTRICIONISTA DIETISTA REGISTRADO

Se requiere la firma de un profesional médico con licencia estatal o de un nutricionista dietético titulado para los estudiantes discapacitados. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los profesionales de la salud. Las modificaciones en las comidas se implementan basándose en la evaluación médica y la planificación del tratamiento y deben ser ordenadas por un profesional de la salud con licencia estatal o un nutricionista dietista registrado.

- 1) Tenga en cuenta lo siguiente al cumplimentar la **PARTE B** de la Declaración Médica:
  - 1) 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la deficiencia física o mental del estudiante, su repercusión en la dieta del estudiante y las principales actividades vitales que se ven afectadas. En caso de alergia alimentaria, indique si la afección del estudiante es una intolerancia alimentaria, una alergia que afectaría a su rendimiento y participación en la escuela (por ejemplo, erupción grave, hinchazón y malestar) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo, choque anafiláctico).
  - 2) 3) Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para tomar una determinación sobre sustituciones de alimentos, modificaciones de la consistencia u otras restricciones dietéticas, remita al niño o a la familia al profesional sanitario adecuado para que complete la evaluación. Las escuelas no disponen habitualmente de instrumentos y/o personal capacitado para realizar una evaluación exhaustiva de la nutrición y la alimentación y deben colaborar con los proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades específicas de alimentación y nutrición de un estudiante.
  - 3) 4) Adjunte a la Declaración Médica cualquier evaluación de alimentación/nutrición previa y/o existente, planes de atención u otra documentación pertinente que conste en la historia clínica del estudiante.
  - 4) 5) Considerar la posibilidad de estar disponible para consultar con el equipo de planificación de las comidas del estudiante a medida que implementa el plan de cuidados de alimentación/nutrición.

### PARTE C - ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR y REPRESENTANTE DEL IEP/504

Tenga en cuenta lo siguiente al completar la **PARTE C** de la Declaración Médica: La firma del Administrador de Nutrición Escolar y del Coordinador 504 o del Administrador de Casos del IEP/Representante del Programa EC indica que la declaración médica ha sido recibida, revisada y que se está desarrollando/implementando un plan para abordar las necesidades únicas del estudiante a la hora de comer.

---

D e c l a r a c i ó n d e n o d i s c r i m i n a c i ó n d e l U S D A	<p>De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.</p> <p>La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), 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.</p> <p>Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: <a href="https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf">https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf</a>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 cumplimentado o la carta deben enviarse al USDA por:</p> <p>correo postal: Departamento de Agricultura de EE.UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o correo electrónico <a href="mailto:Program.Intake@usda.gov">Program.Intake@usda.gov</a></p> <p>This institution is an equal opportunity provider. 12/09/2022</p>
--	--

**Declaración médica para Estudiantes con Necesidades Especiales de Comidas Escolares** Una vez cumplimentado en su totalidad, este formulario proporciona a las escuelas la información exigida por el Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de EE.UU. (OCR) y la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación de EE.UU. (OSERS) para las modificaciones de las comidas en la escuela. Consulte la «Guía para cumplimentar la declaración médica para estudiantes con necesidades únicas de comidas en la escuela» (página anterior) para obtener ayuda para cumplimentar este formulario.

PARTE A (A completar por PADRE/GUARDIAN)				
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento
	Escuela:		Grado	ID del Estudiante
SELECCIONE las comidas y/o meriendas proporcionadas por la escuela en las que participará este estudiante:	<input type="checkbox"/> Programa de Desayunos Escolares <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares <input type="checkbox"/> Programa de Meriendas después de la Escuela <input type="checkbox"/> Programa de Cenas Extraescolares <input type="checkbox"/> Programa de Frutas y Verduras Frescas			
PADRE/GUARDIAN  INFORMACIÓN DE CONTACTO	Nombre en letra de imprenta del PADRE/GUARDIÁN:			
	Dirección de Correo:		Ciudad:	Estado:    Código Postal:
	Teléfono de Trabajo:	Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:
Por favor, describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela:				
Por favor, describa las preocupaciones que tiene acerca de la capacidad de su estudiante para participar con seguridad en la hora de comer en la escuela.				
¿Tiene ya el estudiante un Programa Educativo Individualizado (IEP)?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<b>NOTA:</b> Las necesidades únicas a la hora de comer para los estudiantes sin un IEP, 504 o discapacidad, pero con problemas de salud en general, se abordan dentro del patrón de comidas a discreción del Administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.	
¿Tiene ya el estudiante un Plan 504?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
PADRE/GUARDIAN Consentimiento	Estoy de acuerdo en permitir que el proveedor de atención médica de mi hijo y el personal de la escuela se comuniquen según sea necesario con respecto a la información de este formulario.			
	Firma Padre/ Guardián		Fecha	
Por favor, devuelva esta Declaración Médica completamente cumplimentada con las firmas de ambos padres/guardianes y del profesional sanitario con licencia estatal, tal y como se especifica en los procedimientos del distrito escolar.				

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

**#ID DEL ESTUDIANTE:**

**PARTE B** (A completar por un Profesional sanitario autorizado por el Estado o nutricionista dietista titulado, es decir, MD, PA, NP, RD/RDN; véanse las instrucciones).

**Describa la discapacidad física o mental del estudiante:**

**Explique de qué manera la deficiencia restringe la dieta del estudiante:**

**Actividades vitales importantes afectadas:**  
*Seleccione todas las que apliquen.*

- Caminar     Ver     Escuchar     Hablar     Realizar tareas manuales  
 Aprender     Respirar     Autocuidado     Comer/Digerir

Otro (por favor especifique):

¿Es una alergia alimentaria?

- SI     NO

**Si el estudiante tiene alergias potencialmente mortales\*, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s):**

*\*Los estudiantes con alergias alimentarias potencialmente mortales deben tener un plan de acción de emergencia en la escuela.*

¿Es una intolerancia alimentaria?  SI     NO

- Ingestión     Contacto     Inhalación

**Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones de dieta especial para acomodar a este estudiante en las comidas escolares:**

**Para cualquier dieta especial, enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones recomendadas.**

**Alimentos que deben omitirse**   

**Sustituciones Recomendadas**

**Alimentos que deben omitirse**   

**Sustituciones Recomendadas**

*(Puede adjuntar un plan de cuidados aparte)*

**Designar el requisito de consistencia más segura para los ALIMENTOS:**

- Puré     Blando     Otro (por favor especifique):  
 Molido     Picado

**Designar el requisito de consistencia más segura para los LÍQUIDOS:**

- Líquido claro     Néctar-espeso     Otro (por favor especifique):  
 Líquido completo     Miel-espeso     Pudín-espeso

**Otros comentarios sobre las costumbres alimentarias del niño, incluida la alimentación por sonda, si procede:**

**\*NOTA\*** Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para responder completamente a las secciones anteriores aplicables a las necesidades del estudiante a la hora de comer, remita al niño/la familia al profesional sanitario adecuado para que complete la evaluación.

Firma del profesional sanitario autorizado por el Estado o del dietista-nutricionista titulado\*.

Nombre impreso

Número de teléfono

Fecha

(    )

*\* Consulte las instrucciones.*

**PART C** (To be completed by SCHOOL DISTRICT ADMINISTRATORS)

**NOTES:** (School Nutrition or other School Program staff)

**School Nutrition Administrator's Signature:**    **Date:**

<b>IEP/504 Coordinator Signature:</b>	<b>Date:</b>
---------------------------------------	--------------