OMAHA A+ Public Schools
NUTRITION SERVICES

P (531) 299-0230
F (531) 299-0416

3215 Cuming Street
Omaha, NE 68131

www.ops.org

Estimados Padres de Familia,

Si su hijo requiere una dieta especial o necesitará los alimentos escolares modificados dado a una condición médica, por favor complete una Declaración médica para estudiantes que requieren comidas especiales (vea la segunda página). Este formulario es requerido antes de que podamos proveerle a su estudiante algo diferente al alimento escolar regular.

La información requerida incluye:

- Una descripción del impedimento físico o mental que restringe la dieta del niño.
- Lista de alergias alimentarias.
- La comida o comidas que deben ser omitidas de la dieta del niño, y el alimento o la opción de alimentos con las cuales necesita substituirlas.

Asegúrese de que la declaración médica incluya información detallada sobre la dieta. Esta información es necesaria para garantizar que su estudiante reciba los alimentos adecuados a sus necesidades dietéticas específicas. Por ejemplo, si su estudiante no puede tomar leche, necesitamos saber si no puede beber leche, si debe evitar los alimentos que contienen lactosa o si debe evitar todos los alimentos que contienen productos lácteos.

Para garantizar que nuestro personal de cocina esté debidamente informado y preparado para adaptarse a la dieta especial de su estudiante, espere 5 días para que se implemente el plan de dieta. Se agradece que nos avise con anticipación sobre las necesidades dietéticas de su estudiante.

Por favor complete el formulario de Declaración médica para estudiantes que requieren alimentos especiales y regrésela a la oficina de salud de la escuela o por fax a Servicios de Nutrición al 531-299-0416. Siéntase libre de contactar a Taylor Daeges al (531) 299-3981 (**taylor.daeges@ops.org**), o a Donelle Thomas al (531) 299-9959 (**donelle.thomas@ops.org**)thomas@ops.org) para más información en cómo podemos mejorar las necesidades de la dieta especial de su estudiante.

Los Servicios de Nutrición **NO** pueden aceptar una nota de un doctor en una hoja de prescripción o en una carta de la oficina del doctor, porque NO contiene la información requerida o firmas.

Si la dieta de su hijo cambia por cualquier razón, por favor asegúrese de que la declaración médica sea actualizada o retirada de la oficina de salud. Es la política de las Escuelas Públicas de Omaha y Servicios de Nutrición seguir cualquier documento médico que tengamos en el expediente. Entendemos que la dieta del estudiante puede cambiar, pero hasta que se reciba un nuevo formulario de declaración médica, seguiremos usando la declaración médica original.

Visite el sitio web de las Escuelas Públicas de Omaha en **www.ops.org**, haga clic en “Estudiantes y familias” y luego en “Servicios de Nutrición” para obtener más información sobre las comida

Gracias.

Declaración de no discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o por represalias o retaliación por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los criterios se aplican a todos los programas). Los recursos disponibles y los plazos para presentar una queja varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre un programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio grabaciones, Lengua de Señas Estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa, o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones marcando el 711 (voz y TTY). Además, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación relacionada con un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA (AD-3027), disponible en línea en **Cómo presentar una queja por discriminación en un programa** y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por cualquiera de los siguientes medios: (1) Correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo electrónico al: **program.intake@usda.gov**.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de

OMAHA Public Schools
NUTRITION SERVICES

DECLARACIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES QUE REQUIEREN COMIDAS ESPECIALES

Departamento de Servicios de Nutrición | Escuelas Públicas de Omaha

Esta declaración debe completarse en su totalidad para poder realizar adaptaciones en las comidas.
Esta declaración debe ser actualizada cada vez que haya algún cambio en la dieta.

Nombre del estudiante (letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre / tutor (letra de molde): _____ # ID del estudiante: _____

Yo doy permiso para que el personal de la escuela/agencia responsable de implementar la dieta recetada de mi hijo pueda compartir información con otros empleados para que puedan adaptarse a esta solicitud de modificación de alimentos para las comidas y otras actividades que involucran alimentos.

Por medio de la presente, yo autorizo al personal de la escuela a seguir el plan de nutrición ya establecido. Sí ☐ No ☐

_____ _____
Firma del padre o tutor Fecha

_____ _____
Correo electrónico del padre o tutor Número de teléfono del padre o tutor

DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD

¿Tiene el estudiante un impedimento físico o mental que restringe la dieta, un plan del Programa de Educación Individualizado (IEP) o la posibilidad de reacciones alérgicas graves (anafilaxia por los alimentos)?

Sí ☐ (Un médico debe firmar el formulario) **No ☐ (Un profesional de la salud alternativo puede firmar)***

Diagnóstico o condición del estudiante: _____

Descripción del impedimento físico o mental del estudiante que restringe la dieta, incluidas las alergias: _____

Dieta recetada: _____

Alergia o intolerancia alimentaria (describa): _____

¿Esta alergia es potencialmente mortal? Sí ☐ No ☐

Para alergias o intolerancias relacionadas con **la LECHE**, seleccione los elementos que se deben evitar a continuación:

Alimentos que contienen lactosa ☐ leche para beber ☐ Todos los productos que contengan lácteos ☐

¿Le gustaría que le proporcionaran al niño leche sin lactosa? Sí ☐ No ☐

Para alergias **al HUEVO**, por favor seleccione a continuación:

Todos los productos que contienen huevo ☐ Huevo crudo (puede comer huevo cocido) ☐

Alimentos que deben ser omitidos	**Substitutos**

Indique Textura: Regular ☐ Suave y tamaño bocado ☐ Picada y húmeda ☐ Puré ☐

Indique el espesor del líquido: Liquido ☐ Ligeramente espeso ☐ Moderadamente espeso ☐ Extremadamente espeso ☐

☐ Equipo de alimentación especial: _____

Comentarios adicionales: _____

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comidas escolares especiales como se describe anteriormente, debido a los impedimentos físicos o mentales del estudiante.

**Se requiere la firma de un médico con licencia (MD o DO) para los estudiantes con una discapacidad. Para los estudiantes sin una discapacidad médica relacionada con la dieta, un médico con licencia o un asistente médico (PA) de una autoridad médica reconocida, una enfermera practicante registrada avanzada (ARNP), un terapeuta de nutrición médica con licencia (LMNT) o un médico quiropráctico pueden firmar el formulario. Un individuo con una discapacidad se describe en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) como una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades importantes de la vida", incluido el día escolar y tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.

_____ _____
Firma del médico/autoridad médica * **Nombre del médico/autoridad médica (letra de molde)**

_____ _____ _____
Firma de quien completo este formulario u otro contacto **Número de teléfono** **Fecha**