

## Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

Este formulario se usa para solicitar modificaciones de alimentos para los niños que participan en el programa de alimentos de las Escuelas Públicas de Westport. Las escuelas e instituciones deben modificar los alimentos dentro de lo razonable para los niños que tienen deficiencias físicas o mentales que restringen su dieta.

**Nota:** Las Escuelas Públicas de Westport requieren que la constancia médica incluya 1) información suficiente sobre la deficiencia física o mental del niño para que la autoridad de alimentación escolar (SFA, por sus siglas en inglés) pueda comprender cómo la deficiencia física o mental restringe la dieta del niño; 2) una explicación de qué se debe hacer para considerar la discapacidad del niño; y 3) si corresponde, los alimentos que se deben evitar y las alternativas recomendadas. **Las escuelas e instituciones no deben rechazar ni demorar una modificación de alimentos solicitada porque la declaración médica no brinda suficiente información.** Si es necesario, las escuelas e instituciones deben trabajar con los padres o el tutor del niño para obtener la información requerida.

### Sección A (debe completarla el padre/la madre/el tutor)

1. Nombre del menor: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Nombre del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_
4. Número de teléfono (con código de área): \_\_\_\_\_
5. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
6. Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
7. En conformidad con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés), autorizo por el presente a \_\_\_\_\_  
*name of child's recognized medical authority*  
a divulgar dicha información de salud protegida de mi hijo en la medida que sea necesario para los fines específicos de información  
\_\_\_\_\_ de dieta especial a y doy mi consentimiento para permitir que la  
*Westport Public Schools*  
*name of school district*  
autoridad médica competente intercambie libremente la información indicada en este formulario y en los registros de mi hijo con el distrito escolar, según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello afecte la capacidad de mi solicitud para una dieta especial para mi hijo. Asimismo, entiendo que puedo anular el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, salvo cuando la información ya se haya divulgado.
8. Firma del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_
9. Fecha: \_\_\_\_\_

## Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

### Sección B (debe completarla la autoridad médica competente del niño)

Esta sección debe ser completada por el médico, médico asistente, osteópata o profesional en enfermería avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) del niño. Dentro de los APRN, se incluyen los enfermeros diplomados, los especialistas en enfermería clínica y los anestesiistas certificados que están certificados como APRN.

10. **Deficiencia física o mental:** ¿El niño tiene una deficiencia física o mental que restringe su dieta?

☐ No ☐ Sí: Describa cómo la deficiencia física o mental del niño restringe su dieta.

11. **Plan alimentario:** Explique la modificación de alimentos para el niño. Adjunte el plan alimentario específico si es necesario.

12. **Alimentos que se deben evitar y reemplazos:** Enumere los alimentos que se deben evitar de la dieta del niño y las alternativas de reemplazo.

13. **Textura de los alimentos:** Enumere los alimentos que requieren un cambio de textura. Indique “todos” si todos los alimentos deben prepararse de esta manera.

☐ Cortados o picados en pedazos del tamaño de un bocado: \_\_\_\_\_

☐ Bien molidos: \_\_\_\_\_

☐ Hechos puré: \_\_\_\_\_

14. **Instrumentos:** Enumere los instrumentos o utensilios especiales que se necesitan.

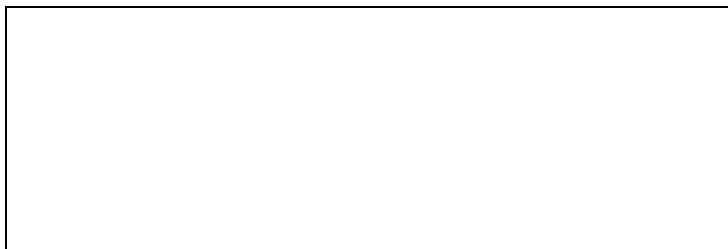
15. **Información adicional:** Indique cualquier otra información sobre los patrones de comida o alimentación del niño que ayudará a considerar la modificación de alimentos solicitada.

16. **Nombre de la autoridad médica competente:** \_\_\_\_\_

17. **Número de teléfono (con código de área):** \_\_\_\_\_

18. **Firma de la autoridad médica competente:** \_\_\_\_\_ 19. **Fecha:** \_\_\_\_\_

20. **Sello de la oficina:**



## Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles, 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 en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Oficina del Superintendente de las Escuelas Públicas de Westport al (203)341-1000.

Para presentar una queja por discriminación relacionada con el programa, envíe su queja por escrito a la Oficina del Superintendente de las Escuelas Públicas de Westport mediante:

1. correo:     Superintendente de Escuelas,  
Escuelas Públicas de Westport  
110 Myrtle Avenue  
Westport, CT 06880
  
2. teléfono:   (203)341-1000

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.