

Declaración médica para solicitar modificación de comidas escolares

¡Importante! Completa este formulario al solicitar una adaptación de la comida para un estudiante debido a una discapacidad, una alergia alimentaria, una intolerancia u otra condición médica. Nutrición Escolar usará la información proporcionada para determinar e implementar la adaptación adecuada de las comidas escolares de acuerdo con los requisitos federales y estatales aplicables.

1. Adaptación para comidas relacionada con una discapacidad o condición médica:

- Una escuela está obligada a proporcionar adaptaciones razonables para las comidas cuando la discapacidad de un estudiante restringe su dieta, y la adaptación está respaldada por una declaración médica escrita adecuada completada por un profesional de la salud con licencia estatal o un nutriólogo registrado, o por un requisito de adaptación para comidas aplicable en el IEP del estudiante o el plan de la Sección 504.
- Las Partes A, B y C deben completarse según corresponda antes de que Nutrición Escolar pueda implementar por completo las adaptaciones prescritas. Si la información es incompleta o no está clara, Nutrición Escolar contactará al padre/guardián y, cuando esté autorizado, a la autoridad médica para obtener aclaraciones.
- No se requiere una nueva declaración médica de la autoridad médica cada año escolar. La adaptación permanecerá vigente hasta que Nutrición Escolar reciba documentación por escrito de un cambio o de un aviso por escrito de que la adaptación ya no es necesaria.

2. Exclusión de leche de vaca líquida para necesidades dietéticas no relacionadas con discapacidad:

- Un padre o guardian puede solicitar que no se sirva leche líquida de vaca a un estudiante por una necesidad dietética no relacionada con una discapacidad, incluyendo una dieta vegana o prácticas religiosas, éticas o culturales.
- Las Partes A y D de este formulario deben completarse para que Nutrición Escolar pueda implementar la solicitud.
- Estas exclusiones continuarán hasta que un padre o guardian proporcione comunicación por escrito que cambie o descontinúe la solicitud.

Parte A. Información de contacto del Estudiante, Padre/Guardian y Escuela – Debe ser completada por un padre/guardián o persona de contacto de la escuela

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Escuela:
Nombre del padre/guardián:	Teléfono del padre/guardián:	

Parte B. Orden de Dieta Prescrita – Esta parte debe ser completada por un profesional de la salud autorizado por el estado o por un nutriólogo registrado, como se especifica arriba.

1. Especificar la discapacidad, alergia o intolerancia alimentaria, o condición médica relacionada con la orden de dieta prescrita.

2. ¿Qué se ve afectado por la condición anterior? Ejemplo: La alergia al cacahuete afecta la capacidad de respirar.

3. Textura modificada:	☐ Chopped	☐ Estadio	☐ Triturado
4. Espesor modificado de líquidos:	☐ Néctar	☐ Honey	☐ Espeso con cuchara o pudín

5. Equipo especial de alimentación:

Lista de equipos especiales de alimentación (por ejemplo, cuchara de mango grande, vaso con boquilla, etc.).



6. Tipo de alergia alimentaria (revisa todo lo que aplica):

☐ trigo ☐ Peces ☐ Mariscos ☐ Soya ☐ Cacahuates ☐ Frutos secos de árbol ☐ Huevos ☐ Leche

Otros _____

7. Alimentos que deben omitirse y sustituirse: Enumera alimentos específicos que deben omitirse y sustituirse. Si se necesita más espacio, firma y adjunta una hoja adicional.

Omitir los alimentos listados a continuación:	Alimentos sustitutos listados a continuación si están disponibles:

8. Información de la Autoridad Médica/Nutriólogo Registrado

Firma:	Título:
Nombre impreso:	Teléfono:
	Fecha:

Parte C. Permiso de Padre/Guardian – Debe ser completado por un padre/guardian

Solicito que el departamento de Nutrición Escolar de ECISD implemente la acomodación de comidas descrita en este formulario para mi hijo. Autorizo al personal de Nutrición Escolar de ECISD y a otros de ECISD que necesiten esta información a implementar de manera segura la acomodación de comidas aprobada por mi hijo para usar y discutir la información de salud o médica proporcionada en este formulario con ese propósito. También autorizo al Nutriólogo Escolar u otro personal designado de ECISD a contactar a la autoridad médica o al nutriólogo registrado identificado en este formulario cuando sea necesaria una aclaración sobre la acomodación de comidas prescrita.

Firma del padre/guardian: Fecha:

Parte D. Solicitar la exclusión de leche líquida de vaca por una necesidad dietética no relacionada con discapacidad – Debe ser completada por un padre o guardián

☐ Sí, por favor, no le sirvas leche de vaca líquida a mi hijo en las comidas escolares.

Firma del padre/guardián: Fecha:

(Departamento de Nutrición Escolar por completar)
Notas de nutrición escolar de ECISD:

Firma RD ECISD: _____ Date: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

