

## (Español) Guía para completar la declaración médica de los estudiantes con necesidades alimenticias especiales, para las comidas escolares

### PARTE A - PADRE / TUTOR

La Declaración Médica de los estudiantes con necesidades alimenticias especiales, para las comidas escolares, permite que las escuelas provean modificaciones alimenticias para los estudiantes que las requieren. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, sustituir los alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela, sin la documentación necesaria, emitida por los proveedores de la salud. La información que se proporcione permitirá a la escuela de su hijo(a) crear un plan con usted, para ofrecer a su hijo(a) comidas y bocadillos adecuados y saludables mientras esté en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Mientras más pronto entregue este formulario firmado y completado a la escuela de su hijo(a), más pronto el Programa de Nutrición Escolar y su personal podrá preparar la comida que su hijo(a) necesita. Para iniciar cualquier modificación, se requiere la firma del padre o tutor en la Declaración Médica.

#### Siga estos pasos para comenzar:

1. Complete todas las secciones de la PARTE A de la Declaración Médica.
2. Lleve la Declaración Médica al pediatra o médico de cabecera de su hijo/enfermera /asistente de médico y pídale que complete la PARTE B.
3. **DEVUELVA LA DECLARACIÓN MÉDICA COMPLETADA, CON LAS FIRMAS DE AMBOS PADRES/TUTORES Y ENTIDAD MÉDICA, AL MAESTRO DE SU HIJO(A), DIRECTOR, ENFERMERO, DIRECTOR(A) DE EDUCACIÓN ESPECIAL O DIRECTOR(A) DE LA SECCIÓN 504, DIRECTOR(A) DE LA NUTRICIÓN ESCOLAR O PERSONAL DE LA ESCUELA QUE LE DIO A USTED EL DOCUMENTO EN BLANCO.**
4. Pregunte en la escuela cuándo el equipo (formado por usted, el Encargado de la Nutrición Escolar del sistema escolar y otras personas) se reunirá para examinar la información proporcionada 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(a), estas pueden ser personas que podrían ayudar al personal de la escuela a diseñar un plan de alimentación escolar para su hijo(a), como el pediatra, la enfermera, el logopeda, el terapeuta ocupacional, el dietista certificado o el asistente de cuidados personales de su hijo(a).

### PARTE B – ENTIDADES MÉDICAS RECONOCIDAS *(Médico Licenciado, asistente médico y enfermera practicante)*

Se requiere la firma de una entidad médica reconocida, para los estudiantes que tengan alguna discapacidad. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, sustituir alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela, sin la documentación necesaria emitida por los proveedores de atención médica. Las modificaciones en las comidas se implementan en base a la evaluación médica y a la planificación del tratamiento y *deben ser solicitadas por una entidad médica reconocida.*

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente al completar la **PARTE B** de la Declaración Médica:

- 1) Complete todas las secciones de la **PARTE B**. El completar todos los puntos permitirá agilizar el cuidado del estudiante en la escuela.
- 2) Especifique, en la medida de lo posible, la naturaleza de la deficiencia física o mental del alumno, su efecto en la dieta y las principales actividades vitales que se ven afectadas. En el caso de la alergia alimentaria, indique si la afección del alumno es una intolerancia alimentaria, una alergia que afectaría al rendimiento y la participación en la escuela (por ejemplo, sarpullido grave, hinchazón y malestar) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo, choque anafiláctico).
- 3) Si su evaluación del niño(a) no arroja datos suficientes como para tomar una decisión sobre las alternativas alimentarias, las modificaciones constantes u otras restricciones dietéticas, remita al niño(a) o a la familia al profesional de la salud apropiado para que complete la evaluación. Las escuelas generalmente no disponen de instrumentos y/o personal capacitado para una evaluación integral de la nutrición y la alimentación, por lo que deben asociarse con proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades especiales de alimentación y nutrición de un estudiante.
- 4) Adjunte cualquier evaluación de alimentación/nutrición anterior y/o existente, planes de atención u otra documentación pertinente que se encuentre en los registros médicos del estudiante, a la Declaración Médica para que los padres/tutores la entreguen a la escuela.
- 5) Contemple la posibilidad de estar disponible para colaborar con el equipo de planificación de las comidas del alumno, a medida que éste pone en práctica el plan de atención alimentaria/nutricional.

### PARTE C – DIRECTOR DE NUTRICIÓN y REPRESENTANTE DEL IEP/504

Por favor considere lo siguiente al completar la **PARTE C** de la Declaración Médica:

La firma del Director(a) de Nutrición de la escuela y el Coordinador(a) del 504 o Representante del IEP/Representante del Programa EC, indica que la Declaración Médica ha sido recibida, revisada y que se está desarrollando/implementando un plan para atender las necesidades especiales del estudiante a la hora de comer.

---

**Declaración de No Discriminación del USDA**

Según la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 requieran medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben contactarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas, además del inglés.

Para presentar una denuncia por discriminación, complete el [Formulario de Denuncia por Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA, incluyendo toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA, por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# Declaración Médica de los Estudiantes con Necesidades Alimenticias Especiales, para las Comidas Escolares

Al completar totalmente este formulario, se proporcionará a las escuelas la información requerida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos (OCR) y la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación de los Estados Unidos (OSERS), para realizar modificaciones en las comidas de la escuela. Consulte la "Guía para completar la declaración médica de los estudiantes con necesidades alimenticias especiales, para las comidas escolares" (en la página anterior) para obtener ayuda para completar este formulario.

Información del estudiante - A completar por el PADRE/TUTOR				
INFORMACIÓN PARA ESTUDIANTES	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
	Escuela		Grado	Identificación de estudiante #
SELECCIONE las comidas y/o meriendas proporcionadas por la escuela en los que participará este estudiante:	<input type="checkbox"/> Desayuno Escolar <input type="checkbox"/> Almuerzo Escolar <input type="checkbox"/> Merienda Extraescolar			
PADRE/TUTOR INFORMACIÓN DE CONTACTO	Nombre impreso del PADRE/TUTOR			
	Dirección postal		Ciudad	Estado      Código postal
	Teléfono del trabajo	Teléfono residencial	Teléfono móvil	Correo electrónico
Describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela:				
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES	Autorizo a que el proveedor de atención médica de mi hijo(a) y el personal de la escuela se comuniquen cuando sea necesario en relación a la información de este formulario.			
	Firma del padre/tutor		Fecha	
Devuelva esta Declaración Médica totalmente completada con las firmas de ambos padres o tutores y entidades médicas, al maestro de su hijo(a), director, enfermera, administrador de casos de Educación Especial o Encargado de casos de la Sección 504, Director de Nutrición Escolar o al miembro del personal de la escuela que le entregó este formulario en blanco.				

PARTE A: Componente terapéutico (a completar por una ENTIDAD MÉDICA RECONOCIDA, es decir, médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes)
Diagnóstico médico:

**Solicitud de la dieta:**

Declaración Médica para los estudiantes con necesidades Alimenticias especiales, para las comidas escolares

N.C. Departamento de Instrucción Pública | Servicios de Nutrición Escolar - BCSN

Revisado 4/18/22

INFORMACIÓN PARA ESTUDIANTES	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Identificación de estudiante #
------------------------------	----------	--------	----------------	--------------------------------

**PARTE B: Componente de textura** (a completar por una ENTIDAD MÉDICA RECONOCIDA, es decir, médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes)

Indique el tipo(nivel) de régimen alimenticio más seguro para los ALIMENTOS:		Indique el nivel de viscosidad más seguro para LÍQUIDOS:	
<p><b>Dieta para la disfagia (IDDSI)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 4: Puré</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 5: Picado y humedecido</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 6: Suave y tamaño de mordida</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 7: Fácil de masticar</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 7: Regular</p>	<p><b>Modificaciones sin disfgias, Cortar todos los alimentos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Por la mitad</p> <p><input type="checkbox"/> Trozo del tamaño de un bocado (1")</p> <p><input type="checkbox"/> Trozos más pequeños que el tamaño de un bocado (.5")</p>	<p><input type="checkbox"/> Nivel 0: Delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 1: algo grueso</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 2: medianamente grueso</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 3: Moderadamente grueso</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel 4: Extremadamente grueso</p>	<p><b>Otras instrucciones:</b></p>

*\*NOTA\* Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para completar totalmente las secciones anteriores aplicables a las necesidades de los estudiantes en materia de alimentación, por favor remita al niño/familia al proveedor de atención médica, para completar la evaluación.*

Firma de la entidad médica reconocida*	Nombre impreso	Número de teléfono (      )	Fecha
<p><i>* Una entidad médica reconocida en N.C. incluye médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes.</i></p>		<p>Sello de Consultorio Médico:</p>	

**PARTE C: Solo para información sobre nutrición infantil** (a completar por los Servicios de Nutrición Infantil)

<p>Firma del Director de Nutrición Escolar:                      Fecha:</p>	<p><b>NOTAS:</b> (Personal de Nutrición Escolar o de otros Programas Escolares)</p>
<p>Firma del Administrador de Nutrición Escolar (Segunda Revisión, si Corresponde):                      Fecha:</p>	

**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  
a  
S  
D  
A**

Según la Ley federal de Derechos Civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o en venganza o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos la comunicación de la información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben contactarse con la Agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas además del inglés.

Para presentar una denuncia por discriminación, complete el Formulario de Denuncia por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA incluyendo toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA, por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.