

NECESIDADES DIETÉTICAS DE LAS ESCUELAS DEL ÁREA DE VIROQUA:

Plan de atención médica para el servicio de alimentación escolar para estudiantes que requieren comidas especiales

Fecha: \_\_\_\_\_

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El niño de arriba es un participante en uno de los programas de nutrición escolar del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

- Las regulaciones del USDA 7CFR Parte 15B requieren sustituciones o modificaciones en las comidas del programa escolar para los niños cuyas discapacidad\* restringe su dieta y está respaldada por una declaración firmada por un médico autorizado. Las alergias alimentarias que pueden provocar una reacción grave y potencialmente mortal (anafiláctica) pueden cumplir la definición de "discapacidad\*\*".
- \*\*La escuela no está obligada a proporcionar sustitución por alergia no severa o intolerancia alimentaria por preferencia religiosa o personal cuando el niño no cumple con la definición de "discapacidad" como se define en la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de la Parte B de IDEA \*.
- La autoridad de alimentos de la escuela puede optar por poner a disposición un sustituto de la leche para los estudiantes con una necesidad dietética especial no incapacitante. Si la autoridad de alimentos de la escuela pone a disposición estas sustituciones, el sustituto de la leche debe cumplir con los estándares de nutrientes identificados en los reglamentos. La sustitución estándar será Lactaid. El padre/tutor traerá una alternativa si no se desea Lactaid. No se requiere la firma de un médico.

Sustitución de leche para estudiantes sin

discapacidades: \_\_\_\_\_(Marque si) Me gustaría que LACTAID sea la sustitución. Lactaid es leche sin lactosa. Las regulaciones federales restringen la sustitución de bebidas (jugo, soja, arroz) que no son el equivalente nutricional exacto de la leche. Si marcó, entiendo que se le proporcionará Lactaid a mi hijo a menos que proporcione una sustitución alternativa a la cocina.

¿Tiene este niño una discapacidad\* como se define a continuación? (Ejemplo: comer, realizar tareas manuales, cuidarse a sí mismo, caminar, ver, oír, hablar, respirar y/o aprender). En caso afirmativo, complete la parte B de este formulario y haga que lo firme un médico autorizado.  
 \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO\*\* (Si no, por favor revise arriba)

**Parte B**

Diagnóstico/Necesidades Dietéticas Especiales: \_\_\_\_\_

Necesidades dietéticas

especiales: \_\_\_\_\_ No Leche o productos lácteos • \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No ¿La alergia incluye queso, yogur, helado, requesón, suero de leche? •

Reemplace la leche (productos lácteos) con: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sin gluten ▲ La enfermedad celíaca que haya sido diagnosticada por un especialista en gastroenterología es la única discapacidad en la que se permitirán sustituciones de gluten. • Habrá productos sin gluten disponibles

Alergia alimentaria adicional:

\_\_\_\_\_ Nuez/Nuez de árbol/Maní \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Carnes o productos cárnicos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pan o cereal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fruta(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Verduras) \_\_\_\_\_

Alimentos a sustituir (Alternativas aceptables):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modificación de textura:

\_\_\_ Picado (del tamaño de un bocado) \_\_\_ Molido \_\_\_ Mezclado \_\_\_ Puré \_\_\_ Otro

Otra información sobre dieta o alimentación:

---

---

---

Por favor, compruebe:

\_\_\_ Amenazante para la vida (crítico, necesita supervisión cercana)

\_\_\_ Manejado por un niño con supervisión moderada

\_\_\_ Autocontrolado por el niño

Información de contacto del médico:

Nombre/Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Nombre del dietista (si está disponible): \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre/tutor

Firma

Número de teléfono

Fecha

\*Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, una "persona con una discapacidad" significa cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene antecedentes de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. Esta definición incluye a los niños con alergias alimentarias graves. El término "niño con una discapacidad" según la Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) significa un niño evaluado de acuerdo con IDEA que tiene una o más de las trece categorías de discapacidades reconocidas y que, a causa de ello, necesita educación especial y servicios relacionados.

Solicite al padre/tutor que revise el formulario anualmente y escriba sus iniciales/fecha si no se requieren cambios. Cualquier cambio requiere la presentación de un nuevo formulario firmado por el Médico/Autoridad Médica.

El padre no confirmó ningún cambio en el orden de la dieta. Escriba sus iniciales con la

fecha: Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

El Servicio de Alimentos Escolares y la Enfermera deben conservar una copia de este formulario. FERPA permite que las enfermeras escolares compartan la información médica de los estudiantes con respecto a las necesidades dietéticas con el servicio de alimentos de la escuela.