



# Declaración médica para solicitar modificaciones y/o adaptaciones de comidas

**SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR (Por favor firme en el punto 17 de la página 2)**

<b>1. Nombre de la escuela</b>	<b>2. Número de teléfono de la escuela</b>
<b>3. Nombre del estudiante</b>	<b>4. Edad/Fecha de nacimiento</b>
<b>5. Nombre del padre/tutor</b>	<b>6. Número de teléfono</b>

**7. ¿Su estudiante suele comer las comidas proporcionadas por la escuela?**  Sí  No

**7a. En caso afirmativo, ¿qué comidas escolares comerá su hijo?**

- Desayuno
- Almuerzo
- Después de la escuela

**8. ¿Qué días es más probable que su hijo coma las comidas proporcionadas por la escuela?**

- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes
- N/D

**9. De conformidad con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), por la presente autorizo a** nombre impreso de la autoridad médica reconocida del niño **a divulgar la información médica protegida de mi hijo/a según sea necesario con el propósito específico de proporcionar información sobre una dieta especial a** nombre impreso del distrito escolar.

Doy mi consentimiento para permitir que el proveedor médico autorizado intercambie la información indicada en este formulario, así como la información relevante de los expedientes de mi hijo/a, con el distrito escolar según sea necesario.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello afecte la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo/a. Asimismo, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización.

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL**

Médico (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente Físico (PA), Enfermero Practicante Registrado Avanzado (ARPN) o Dietista Registrado (RD) **(DEBE FIRMAR el artículo n.º 19 en la página 2)**

**10. ¿El estudiante tiene alergias alimentarias?**  Sí  No

**11. ¿Tiene el estudiante otras afecciones que restrinjan su dieta? De no ser así, omite esta pregunta. Seleccione todas las que correspondan:**

- Enfermedad celíaca y/o intolerancia al gluten
- EOE (esofagitis eosinofílica)
- Eczema/problemas de la piel
- Otro -Especifique el diagnóstico: \_\_\_\_\_

**12. Marque una opción:**

- El estudiante tiene una discapacidad o condición médica que requiere una modificación o adaptación en las comidas (consulte la Página 3 para definiciones). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben cumplir con todas dichas solicitudes y proporcionar cualquier equipo adaptativo necesario.
- El estudiante no tiene una discapacidad, pero solicita una modificación o adaptación en las comidas debido a intolerancias alimentarias u otras consideraciones dietéticas. Las preferencias alimentarias no constituyen una base apropiada para esta solicitud. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a atender las solicitudes razonables.

**(La sección B continúa en la página siguiente)**

# Declaración médica para solicitar modificaciones y/o adaptaciones de comidas

(Continuado)

## SECCIÓN B (Continuado):

13. Seleccione los alimentos que se excluirán de la dieta del estudiante, si corresponde:

**Huevos:**

- Huevos-Todo
- Se permiten pequeñas cantidades de alimentos cocinados en su totalidad.

**Trigo:**

- Todo trigo
- Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Mariscos:**

- Todos los mariscos
- Otros: \_\_\_\_\_

**Pez:**

- Todos los pescados
- Otros: \_\_\_\_\_

**Soja:**

- Toda la soja
- Toda la soja, excepto el aceite de soja
- Otro: \_\_\_\_\_

**Sésamo:**

- Todo sésamo
- Otro: \_\_\_\_\_

**Leche:**

- Se restringen todos los alimentos que contienen proteínas lácteas (crudas o cocidas). No por intolerancia a la lactosa.
- Queso
- Yogur
- Helado
- Leche Fluida (Leche de Vaca)  
*Elija un sustituto para la leche líquida:*
  - Leche de soja
  - Leche sin lactosa
  - Jugo/agua (restringido a niños con discapacidades)
  - Otro (restringido a niños con discapacidades)

**Miseria:**

- Todos los cacahuets
- Otros: \_\_\_\_\_

**Frutos secos:**

- Todos los frutos secos
- Otros: \_\_\_\_\_

14. Otras alergias y/o intolerancias alimentarias que deberán excluirse de la dieta del estudiante:

15. Sustituciones sugeridas/equipo adaptable/utensilios especiales: (Adjunte un plan de dieta/comida específico, si es necesario)

16. Prescripción y/o adaptación de dieta: (por ejemplo, todos los alimentos deben estar en forma líquida o en puré; el estudiante no puede comer alimentos sólidos). Las modificaciones de textura y líquidos deben alinearse con las recomendaciones del IDDSI (<https://iddsi.org/Framework>).

**ALIMENTO:**  Regular (7)  Fácil de masticar (7)  Suaves y del tamaño de un bocado (6)  Picado y húmedo (5)  Puré (4)  Liquidado (3)

**LÍQUIDOS:**  Delgado (0)  Ligeramente grueso (1)  Ligeramente grueso (2)  Moderadamente grueso (3)  Extremadamente grueso (4)

**Espesante recomendado:** \_\_\_\_\_

## SECCIÓN C: FIRMAS

17. Firma del padre o tutor	18. Fecha
19. Firma de la autoridad médica	20. Nombre impreso
21. Número de teléfono	22. Fecha

### SOLO PARA USO INTERNO

Fecha de recepción por la escuela:	Fecha de inclusión en el expediente de salud del estudiante:	Fecha de entrega de la copia al servicio de alimentos:
Firma del destinatario:	Firma del declarante:	Firma del destinatario:

# Declaración médica para solicitar modificaciones y/o adaptaciones de comidas

(Continuado)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TrY) o al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta deben entregarse al USDA antes de:

- (1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Subsecretario para Derechos civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) Fax: (833) 256-1665 o (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.

## Definiciones

**"Una persona con discapacidad"** se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene antecedentes de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

**"Deterioro físico o mental"** significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hemático y linfático; cutáneo; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

**Las "actividades principales de la vida"** incluyen, entre otras, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse, trabajar y las principales funciones corporales (incluidas, entre otras: funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, de vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas).

**"Tiene antecedentes de tal impedimento"** se define como tener antecedentes o haber sido clasificado (o clasificado erróneamente) como persona con un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

(CITACIONES DE LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973 Y LA LEY DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE 1990)

# Declaración médica para solicitar modificaciones y/o adaptaciones de comidas

(Continuado)

## Instrucciones

### SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR

1. Nombre de la escuela: Imprima el nombre de la escuela que proporciona el formulario al padre o tutor.
2. Número de teléfono de la escuela: Imprima el número de teléfono de la escuela.
3. Nombre del estudiante: Imprima el nombre del estudiante al que pertenece la información
4. Edad o fecha de nacimiento: Escriba la edad del estudiante. Para bebés, utilice la fecha de nacimiento.
5. Nombre del padre o tutor: Imprima el nombre de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
6. Número de teléfono: Imprima el número de teléfono del padre o tutor.
7. Indique si el estudiante normalmente come las comidas proporcionadas por la escuela.
  - 7a. Marque una: Marque (✓) una casilla para indicar qué comidas proporcionadas por la escuela comerá el estudiante.
8. Marque una: Marque (✓) una casilla para indicar qué días es más probable que el estudiante coma las comidas proporcionadas por la escuela.
9. Complete el espacios en blanco de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPPA) de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos de Educación Familiar (FERPA) para información de salud protegida.

### SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL

10. Marque una: Marque (✓) una casilla para indicar si el estudiante tiene alergia alimentaria o no.
11. Indique si el estudiante padece alguna condición médica que restrinja su dieta. Marque (✓) todas las casillas correspondientes a otras condiciones que restrinjan su dieta. Si el estudiante no padece ninguna otra condición que restrinja su dieta, omita esta pregunta.
12. Marque (✓) si el estudiante tiene una discapacidad o una condición médica que requiere una comida o adaptación especial, o no.
13. Declaración médica para solicitar modificaciones y/o adaptaciones en las comidas. Marque todas las casillas correspondientes a los alimentos que se excluirán de la dieta del estudiante. Si no corresponde, omita esta pregunta.
14. Enumere otras alergias/intolerancias a los alimentos que deben excluirse de la dieta.
15. Enumere los sustitutos específicos, el equipo u otros elementos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, leche sin lactosa).
16. Prescripción y/o Adaptación Dietética: Describa una dieta o adaptación específica prescrita por una autoridad médica, o describa una modificación dietética solicitada para una condición no discapacitante (p. ej., todos los alimentos deben ser líquidos o en puré; el estudiante no puede comer alimentos sólidos). Las modificaciones de textura y líquidos deben cumplir con las recomendaciones del IDDSI (<https://iddsi.org/Framework>).

### SECCIÓN C: FIRMAS

#### PARA SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL Y UN PADRE/TUTOR

17. Firma del padre o tutor: Firma de la persona que solicita el informe médico del estudiante.
18. Fecha: Imprima la fecha en que el padre o tutor firmó el documento.
19. Firma de la autoridad médica: Firma de la autoridad médica que solicita una modificación o adaptación de la comida.
20. Nombre impreso: Imprima el nombre de la autoridad médica que solicita una modificación o adaptación de la comida.
21. Número de Teléfono: Número de teléfono de la Autoridad Médica que solicita una modificación o adaptación de la comida.
22. Fecha: Imprima la fecha en que la Autoridad Médica firmó el documento.