

Declaración médica de discapacidad alimentaria - Modificación de comidas escolares

¡Importante! Lea y siga cuidadosamente los procedimientos ante una discapacidad alimentaria. La escuela devolverá las declaraciones médicas que no estén completas al padre, la madre o el tutor. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, la persona de contacto de la escuela que figura en la Parte A que se encuentra a continuación lo ayudará.

Modificaciones debido a una discapacidad alimentaria:

- Se le exige a la escuela que realice modificaciones en las comidas según indicación de un médico matriculado, asistente médico o practicante avanzado en enfermería matriculado para adaptarlas a la discapacidad alimentaria de un estudiante.
- Si se trata de una alergia alimentaria potencialmente mortal que resulte en anafilaxia, asegúrese de que el personal de enfermería escolar complete el formulario del Plan de acción contra la alergia y la anafilaxia.

Definición de discapacidad:

Según el Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), una "persona con discapacidad" significa "cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite de forma considerable una o más actividades importantes de la vida, tenga antecedentes de tal impedimento o se considere que tenga dicho impedimento".

Actividades importantes de la vida incluidas en esta definición: atender a sus propias necesidades, comer, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. Las actividades importantes de la vida también incluyen las "principales funciones corporales", tales como: funciones del sistema inmune, del crecimiento celular normal, digestivas, intestinales, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, cardiovasculares, endócrinas y las funciones reproductivas. El término "impedimento físico o mental" incluye, de manera no taxativa, enfermedades y afecciones, tales como las siguientes:

- Impedimentos ortopédicos, visuales, auditivos y del habla
- Parálisis Cerebral
- Epilepsia
- Distrofia muscular
- Enfermedades metabólicas, como la diabetes o la fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU)
- Esclerosis múltiple
- Cáncer
- Enfermedades cardíacas
- Anafilaxia alimentaria (alergia alimentaria grave)
- Retraso mental
- Enfermedad emocional
- Drogadicción y alcoholismo

Cómo llenar el formulario:

- La Parte B de este formulario debe ser completada por un médico matriculado (MD o DO), asistente médico (physician's assistant, PA) o practicante avanzado en enfermería matriculado (advanced practice nurse, APN with prescriptive authority, RXN).
- Las Partes A y C de este formulario también deben completarse antes de que la escuela pueda hacer modificaciones en las comidas.
- Las modificaciones en las comidas continuarán hasta que un médico matriculado, asistente médico o practicante avanzado en enfermería matriculado indique que se cambien o se suspendan las modificaciones en el Formulario DS-3, que está disponible en la escuela.
- Se recomienda que un médico matriculado, asistente médico o practicante avanzado en enfermería matriculado actualice anualmente la orden de dieta indicada.

Parte A. Información del estudiante, del padre, la madre o el tutor y de la persona de contacto de la escuela – Debe estar completado por el padre, la madre o el tutor, o la persona de contacto de la escuela

| | | |
|--|--|-------------|
| 1. Nombre del estudiante: | 2. Fecha de nacimiento: | 3. Escuela: |
| 4. Nombre del padre, la madre o el tutor: | 5. Teléfono del padre, la madre o el tutor: | |
| 6. Nombre de la persona de contacto de la escuela: | 7. Teléfono de la persona de contacto de la escuela: | |

Parte B. Pedido de dieta indicada – Esta parte debe estar completada por un médico matriculado, asistente médico o practicante avanzado en enfermería matriculado tal como se especifica más arriba.

1. Especifique la discapacidad, la alergia/intolerancia alimentaria o la afección médica y explique por qué la discapacidad restringe la dieta del niño.

2. ¿Qué actividad importante de la vida se ve afectada por la discapacidad de este estudiante? Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad de respirar.

3. Tipo de dieta especial:
 Marque si no corresponde O especifique el tipo de dieta especial (p. ej., baja en sodio, libre de gluten, para diabéticos, etc.).

| | | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|--|
| 4. Textura modificada: | <input type="checkbox"/> No corresponde | <input type="checkbox"/> Picada | <input type="checkbox"/> Molida | <input type="checkbox"/> Pisada |
| 5. Líquidos modificados en su espesor: | <input type="checkbox"/> No corresponde | <input type="checkbox"/> Néctar | <input type="checkbox"/> Miel | <input type="checkbox"/> Consistencia para comer con cuchara o consistencia de budín |

6. Equipos especiales de alimentación:
 Marque si no corresponde O enumere los equipos especiales de alimentación (p. ej., una cuchara con mango largo, un vaso con tapa para sorber, etc.).

7. Alimentos que deben eliminarse o sustituirse:
 Enumere aquellos alimentos específicos que deben eliminarse o sustituirse. Si se necesita más espacio, firme y agregue una hoja de papel adicional.

| Eliminar los siguientes alimentos: | Sustituir los siguientes alimentos: |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

8. Información del médico matriculado/ asistente médico/ practicante avanzado en enfermería matriculado

| | | |
|------------------------------|-----------|--------|
| Firma: | Cargo: | |
| Nombre en letra de imprenta: | Teléfono: | Fecha: |

Parte C. Permiso del padre, la madre o el tutor – Debe estar completada por el padre, la madre o el tutor

Autorizo a que el personal de la escuela encargado de la aplicación de la dieta indicada para mi hijo converse sobre las adaptaciones especiales de la dieta de mi hijo con el personal escolar adecuado. También autorizo al médico matriculado, asistente médico o practicante avanzado en enfermería matriculado de mi hijo a aclarar aun más el pedido de dieta indicada en este formulario si así se lo solicitara el personal escolar.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.