

## SERVICIOS DE NUTRICIÓN

Estimados Padres de Familia,

Si su hijo requiere una dieta especial o necesitará los alimentos escolares modificados dado a una condición médica, por favor complete una Declaración médica para estudiantes que requieren alimentos especiales (vea la parte de atrás del formulario). Este formulario es requerido antes de que podamos proveerle a su estudiante algo diferente al alimento escolar regular. La información requerida incluye:

- Una descripción del impedimento físico o mental que restringe la dieta del niño.
- Lista de alergias alimentarias.
- La comida o comidas que deben ser omitidas de la dieta del niño, y el alimento o la opción de alimentos con las cuales necesita sustituirlas

Por favor asegúrese de que la información de dieta sea detallada en la declaración médica explicando el nivel de omisión del alimento alérgico o alimentos a los cuales su hijo es intolerante. Esta información es necesaria para asegurar que su estudiante sea provisto con los alimentos que son apropiados a sus restricciones de dieta. Por ejemplo, si su estudiante no puede ingerir leche, necesitamos saber si su hijo no puede beber leche o si no puede ingerir ningún producto que contenga leche o productos lácteos en su dieta.

Para asegurar que nuestro personal de la cocina esté adecuadamente informados y preparados para adaptar la dieta especial de su estudiante por favor permita 5 días para implementar la dieta de su hijo en el programa de alimentos escolares. Se aprecia que se dé aviso con anticipación acerca de la necesidad de la dieta especial.

Por favor complete el formulario de Declaración médica para estudiantes que requieren alimentos especiales y regrésela a la oficina de salud de la escuela o por fax a Servicios de Nutrición al 531-299-0416. Siéntase libre de contactar a Taylor McIntyre al (531) 299-3741 ([taylor.mcintyre@ops.org](mailto:taylor.mcintyre@ops.org)) o Donelle Thomas al 531-299-9959 ([donelle.thomas@ops.org](mailto:donelle.thomas@ops.org)) para más información en cómo puede mejorar las necesidades de la dieta especial de su estudiante.

Los Servicios de Nutrición **NO** pueden aceptar una nota de un doctor en una hoja de prescripción o en una carta de la oficina del doctor, porque este NO contiene la información requerida o firmas.

Si la dieta de su hijo cambia por cualquier razón, por favor asegúrese de recoger la declaración médica de la oficina de salud. Es la política de las Escuelas Públicas de Omaha y Servicios de Nutrición seguir cualquier documento médico que tengamos en el expediente. Entendemos que la dieta del estudiante puede cambiar, pero hasta que se reciba un nuevo formulario de declaración médica, seguiremos usando la declaración médica original.

Visite el sitio web de las Escuelas Públicas de Omaha en [www.ops.org](http://www.ops.org), haga clic en "*Students and Families*" y luego en "*Nutrition Services*" para obtener más información sobre las comidas escolares. Gracias.

### Declaración de no discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación por parte del programa, complete el Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra 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 y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 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 de igualdad de oportunidades.

18795



**Declaración médica para estudiantes que requieren comidas especiales**  
**Departamento de Servicios de Nutrición / Escuelas Públicas de Omaha**

Esta Declaración debe ser actualizada cada vez que haya algún cambio

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o madre: \_\_\_\_\_ # ID del estudiante: \_\_\_\_\_  
Teléfono del padre o madre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE SU MÉDICO**

Descripción del impedimento físico o mental del estudiante que restringe la dieta, incluidas las alergias:

\_\_\_\_\_

Diagnóstico o Condición del Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante un impedimento físico o mental que restringe la dieta, el plan del Programa de Educación Individualizado (IEP) o la posibilidad de reacciones alérgicas graves (anafilaxia por los alimentos)?

**Sí**  (Médico debe firmar el formulario)      **No**  (Un profesional de la salud alternativo puede firmar)\*

Dieta recetada: \_\_\_\_\_

**Alergia o intolerancia alimentaria (describa):** \_\_\_\_\_

¿Esta alergia es potencialmente mortal? Sí  No

Para alergias o intolerancias relacionadas con la **LECHE**, seleccione los elementos que se deben evitar a continuación:

Alimentos que contienen lactosa       leche para beber       Todos los productos que contengan lácteos   
Leche alternativa: Leche de soya       Leche sin lactosa (los padres pueden seleccionar)

Para alergias al **HUEVO**, seleccione a continuación:

Todos los productos que contienen huevo       Huevo crudo (puede comer huevo cocido):

Alimentos que deben ser omitidos	Substitutos	Requerido
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Indique Textura: Regular  Suave y tamaño bocado  Picada y húmeda  Puré   
Indique la viscosidad de líquido: Líquida  Ligeramente espesa  Moderadamente espesa   
Extremadamente espesa

Equipo de alimentación especial: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Certifico que el estudiante mencionado anteriormente necesita comidas escolares especiales como se describe anteriormente, debido a los impedimentos físicos o mentales del estudiante.**

\*Se requiere la firma de un médico con licencia (MD o DO) para los estudiantes con una discapacidad. Para los estudiantes sin una discapacidad médica relacionada con la dieta, un médico con licencia o un asistente médico (PA) de una autoridad médica reconocida, una enfermera practicante registrada avanzada (ARNP), un terapeuta de nutrición médica con licencia (LMNT) o un médico quiropráctico pueden firmar el formulario. Un individuo con una discapacidad se describe en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) como una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más "actividades importantes de la vida", incluido el día de educación y tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.

Firma del médico/autoridad médica \*

Número de teléfono

Fecha

Firma del Asesor o algún otro Contacto

Número de teléfono

Fecha

**Yo doy permiso** a la escuela o personal de la agencia responsable de implementar la orden de la dieta recetada; a compartir cualquier información con empleados de manera que esta orden se pueda ajustar con otras actividades de otras escuelas/agencias en las cuales se involucre alimentos. **Por medio de la presente, yo autorizo al personal de la escuela a seguir el plan de nutrición ya establecido arriba.**

Firma del padre o tutor

Fecha

Correo electrónico del padre o tutor

# ID del estudiante

Teléfono del padre o tutor