

NUTRITION SERVICES

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 comidas especiales (vea la segunda página). 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.

Asegúrese de que la declaración médica incluya información detallada sobre la dieta. Esta información es necesaria para garantizar que su estudiante reciba los alimentos adecuados a sus necesidades dietéticas específicas. Por ejemplo, si su estudiante no puede tomar leche, necesitamos saber si no puede beber leche, si debe evitar los alimentos que contienen lactosa o si debe evitar todos los alimentos que contienen productos lácteos.

Para garantizar que nuestro personal de cocina esté debidamente informado y preparado para adaptarse a la dieta especial de su estudiante, espere 5 días para que se implemente el plan de dieta. Se agradece que nos avise con anticipación sobre las necesidades dietéticas de su estudiante.

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 Jessica Bollig al (531) 299-8067 (jessica.bollig@ops.org) o Donelle Thomas al 531-299-9959 (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 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, haga clic en “Estudiantes y familias” y luego en “Servicios de Nutrición” 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, 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN MÉDICA PARA ESTUDIANTES QUE REQUIEREN COMIDAS ESPECIALES

Departamento de Servicios de Nutrición | Escuelas Públicas de Omaha

Esta declaración debe completarse en su totalidad para poder realizar adaptaciones en las comidas.

Esta declaración debe ser actualizada cada vez que haya algún cambio en la dieta.

Nombre del estudiante (letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre / tutor (letra de molde): _____ # ID del estudiante: _____

Yo doy permiso para que el personal de la escuela/agencia responsable de implementar la dieta recetada de mi hijo pueda compartir información con otros empleados para que puedan adaptarse a esta solicitud de modificación de alimentos para las comidas y otras actividades que involucran alimentos.

Por medio de la presente, yo autorizo al personal de la escuela a seguir el plan de nutrición ya establecido. Sí ☐ No ☐

Firma del padre o tutor

Fecha

Correo electrónico del padre o tutor

Número de teléfono del padre o tutor

DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD

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

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

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

Diagnóstico o condición del estudiante:

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 ☐

¿Le gustaría que le proporcionaran al niño leche sin lactosa? Sí ☐ No ☐

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

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

Alimentos que deben ser omitidos

Substitutos

Indique Textura: Regular ☐ Suave y tamaño bocado ☐ Picada y húmeda ☐ Puré ☐

Indique el espesor del líquido: Líquido ☐ Ligeramente espeso ☐ Moderadamente espeso ☐ Extremadamente espeso ☐

☐ 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 escolar y tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.

Firma del médico/autoridad médica *

Nombre del médico/autoridad médica (letra de molde)

Firma de quien completo este formulario u otro contacto

Número de teléfono

Fecha