



School Nutrition Services

Estimados Padres/Tutores:

Las Escuelas Públicas del Condado Unión tienen el compromiso de servirle a su hijo alimentos nutritivos cada día. Reconocemos que algunos estudiantes tienen necesidades dietéticas especiales debido a una razón médica, tales como alergia, intolerancia o una dieta terapéutica. A fin de que el Departamento de Nutrición Infantil de UCPS a llene las necesidades dietéticas especiales que los estudiantes puedan tener, necesitamos que usted complete un formulario de Orden de Dieta. Este formulario de Orden de Dieta se mantendrá archivado en el archivo médico del estudiante y archivado en el sistema de computadoras de la cafetería. Esta orden de dieta debe incluir toda la información importante del estudiantes y debe ser actualizada periódicamente (cada tres años o en caso de existir un cambio en la condición del estudiante). Por lo tanto, necesitamos una Orden de Dieta completada por el médico de su hijo/hija o de la persona que le presta el cuidado médico indicando las necesidades dietéticas, alergias o sustituciones de alimentos para su hijo/hija. Estamos seguros de que le médico o persona que le presta los cuidados médicos a su hijo/hija cooperará para ayudarnos a obtener esta información tan necesaria para documentar las necesidades de nutrición y de salud de su hijo/hija.

Adjunto encontrará la forma de Orden de Dieta la cual requiere de la información de contacto y la firma de ambos el padre o tutor y del médico. Esta forma necesita ser completada y devuelta al encargado de la cafetería de la escuela, a la oficina de Nutrición Infantil para nuestros archivos por lo menos dos semanas antes del primer día de clases. La cafetería de la escuela registrará la información en el sistema de computadoras de la cafetería para observar lo alimentos del estudiante y dar aviso de instrucciones especiales enviadas al encargado de la cafetería. Es muy importante el mantener esta información en los archivos de la computadora debido a que le dará aviso al personal de la cafetería sobre las necesidades dietéticas especiales o sobre las sustituciones de alimentos que usted y el médico de su hijo/hija hayan indicado son requeridas.

Por favor recuerde que, si su hijo/hija requiere cualquier acomodación especial para sustituciones de alimentos, esta información debe ser destacada en la forma de orden de dieta. Por favor anote información solamente si hay instrucciones específicas de parte del médico que las ordena. En caso de que existan otras opciones de alimentos en el menú que no sean causa de alergias, entonces su hijo/hija deberá escoger de esos alimentos en lugar de hacer sustituciones. Las preferencias de alimentos no serán tomadas en consideración en relación a los alimentos que estén disponibles, al igual que tampoco es una consideración para un estudiantes que no tienen alergias a ningún alimento.

Si usted tiene preguntas o preocupaciones, por favor no dude en llamar a la oficina de Nutrición Infantil al 704.296.3000, Extensión 2071. Llame a la oficina de Nutrición Infantil si necesita una Orden Dietética en Español.

In compliance with federal law, UCPS administers all educational programs, employment activities and admissions without discrimination against any person on the basis of gender, race, color, religion, national origin, age or disability.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: 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; or (3) email: program.intake@usda.gov.

UCPS School Nutrition is an equal opportunity provider.

**Guía de llenado de la declaración médica para estudiantes con necesidades especiales de nutrición
en comidas servidas en la escuela**

PARTE A - Padre, madre o tutor legal

La *Declaración médica para estudiantes con necesidades especiales de nutrición en comidas servidas en la escuela* les permite a la escuela modificar las comidas para los estudiantes que lo requieren. Llenar el formulario en su totalidad le permite al equipo del estudiante formular un plan con usted para darle comidas seguras y apropiadas al estudiante mientras se encuentre en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Se necesita su firma para que la escuela del estudiante pueda tomar medidas con respecto a la declaración médica. El personal de la escuela no puede cambiar la textura de la comida ni sustituir alimentos ni alterar la dieta del estudiante en la escuela sin toda la información que se solicita en este formulario.

Siga los pasos que se presentan a continuación para comenzar:

- 1) Llene completamente la **Parte A** de la declaración médica.
- 2) Lleve la declaración médica al pediatra o al doctor de cabecera del estudiante y pídale que llene completamente la Parte B.
- 3) Envíele la declaración médica correctamente firmada al maestro, director, enfermera, administrador de casos de educación especial, administrador de casos de la sección 504 o administrador de nutrición de alumnos, o al integrante del personal del establecimiento que le dio el formulario en blanco.
- 4) Pregúntele a la escuela cuándo va a reunirse a considerar la información presentada en este formulario el equipo en que se encuentran usted y el administrador de nutrición del sistema escolar del estudiante. Puede invitar a la reunión a personas de su comunidad con conocimientos sobre los problemas de alimentación y nutrición de su estudiante. Estas serían personas que podrían ayudar al personal de la escuela a diseñar un plan de comidas servidas en la escuela a su estudiante, tales como el pediatra, la enfermera, el patólogo del lenguaje y el habla, el terapeuta ocupacional, el dietista registrado o el ayudante de asistencia personal del estudiante.

PARTE B - Médicos y autoridades médicas (*Médico Licenciado, Asistente Médico y Enfermera Practicante*)

Este formulario le permite a la escuela modificar las comidas para los estudiantes que lo requieren. Responder todas las preguntas agiliza el cuidado eficiente del estudiante.

La escuela no puede cambiar la textura de la comida ni sustituir alimentos ni alterar la dieta del estudiante sin una declaración apropiada de parte suya. Las modificaciones de comidas se implementan según evaluación médica y planificación de tratamiento, y deben ser ordenadas por un médico licenciado o una autoridad médica reconocida.

Considere lo siguiente cuando llene la Parte B de la declaración médica:

- 1) Llene todos los recuadros de la **Parte B** (*Nota: Se requiere la firma de un médico licenciado para los estudiantes con discapacidades. Para estudiantes sin discapacidades, un médico o autorizado o una autoridad médica reconocida debe firmar el formulario. Las autoridades médicas reconocidas son médicos, asistentes médicos y profesionales de enfermería.*)
- 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la discapacidad del estudiante y las actividades diarias que la discapacidad limita. En caso de alergias alimenticias, indique si la afección es una intolerancia a la comida, una alergia que afectaría el rendimiento y la participación en las actividades escolares (p. ej., urticaria grave, hinchazón o molestia) o una alergia con peligro de muerte (p. ej., shock anafiláctico).
- 3) Si su evaluación del estudiante no produce suficientes datos para tomar una decisión respecto a sustitutos alimenticios, modificaciones de consistencias u otras restricciones dietéticas, remita al estudiante o a los familiares a los especialistas apropiados de alimentación, nutrición o alergias para que llenen la declaración médica. Las escuelas por lo general no tienen los instrumentos y/o el personal capacitado para hacer evaluaciones integrales de nutrición y alimentación, y deben asociarse a proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades especiales de alimentación y nutrición del estudiante.
- 4) Adjunte todas las evaluaciones de alimentación o nutrición, planes de asistencia previos o actuales y otros documentos pertinentes contenidos en los registros médicos del estudiante a la declaración médica para que el padre, la madre o el tutor legal los envíen a la escuela.
- 5) Considere estar a disposición del equipo de la escuela del estudiante para consultas a medida que se implementa el plan de asistencia de alimentación y nutrición.

Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales en las Comidas de la Escuela

Original para Nutrición Escolar Copia para el Maestro Copia para la Enfermera de la Escuela

Cuando completa este formulario, proporciona a las escuelas la información requerida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de Estados Unidos (OCR) y la Oficina de Servicios de Rehabilitación y Educación Especial (OSERS) de EE. UU. Para ayuda con el formulario consulte la "Guía para Completar la Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Nutricionales Especiales en las Comidas Escolares".

Nota: Debe completar todo el documento (Parte A – por el padre/tutor; Parte B – por el Médico) para ser procesado por las Escuelas Públicas del Condado Unión - Departamento de Servicios de Nutrición Escolar

PARTE A (Para ser completado por el Padre / Tutor)

** Por favor, padre / guardián llene y complete la parte A de este documento en su totalidad para que sea procesado.*

Nombre del Estudiante: (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Medio) _____

Fecha de Nacimiento _____ ID de Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____

Comerá estudiante el desayuno proporcionado por la cafetería de la escuela?

Si No

Comerá el estudiante el almuerzo proporcionado por la cafetería de la escuela?

Si No

Comerá el estudiante un aperitivo proporcionado por el Programa Después de la Escuela?

Yes No

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Zip: _____

Numero Telefónico(s): _____
(Trabajo) (Casa) (Celular)

Correo Electrónico: _____

Qué preocupaciones tiene acerca de las necesidades nutricionales de su estudiante y la capacidad de participar de manera segura a la hora de comer en la escuela?

Tiene el estudiante una discapacidad identificada y un Programa de Educación Individualizado (IEP) o Plan 504?

Si No

NOTA: Las necesidades dietéticas especiales para estudiantes sin un IEP o Plan 504 se acomodan a discreción del Administrador de Servicios de Nutrición Escolar y a las políticas de las Escuelas Públicas del Condado Unión.

Consentimiento de los Padres / Tutores: Estoy de acuerdo en permitir que el proveedor de atención médica y el personal de la escuela de mi hijo discutan la información de este formulario.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

PART C (To be completed by School Nutrition Services)

School Nutrition Services Notes (if needed - attach additional documents):

SNS Signature: _____ **Date:** _____

Patient/Student Name: _____

PART B (MUST be completed by Licensed Physician)

**Part B should ONLY be filled out by a recognized medical authority. This portion should NOT be filled out by the parent/guardian.*

Student Diagnosis or Condition:

- Food Allergy Food Intolerance
- Life Threatening Allergy (Check appropriate box(es) - Ingestion Contact Inhalation)
**Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.*
- Disability (*Specify*) _____ Major life activities affected _____
- Other (*Specify*) _____

Designate texture modifications for FOOD:

- Pureed Chopped
- Ground No Change Needed
- Mechanical Soft Other (*please specify*) _____

Designate consistency modifications for LIQUIDS:

- Clear Liquid Pudding Thick
- Full Liquid No Change Needed
- Nectar Thick Other (*please specify*) _____
- Honey Thick

Dx Allergen/Intolerance Specifications: **no preferences unless associated with medical dx*

Please only mark foods the student should **avoid**. If needed, a separate care plan can be attached to this document

CHECK ALL THAT APPLY

DAIRY

- Fluid Milk: offer lactose-free milk
- Fluid Milk: do not offer lactose-free milk
- Cheese Ice Cream Yogurt
- Recipes/food products/labels with any type of dairy listed as an ingredient

EGG

- Whole egg (scrambled, boiled, fried)
- Recipes/food products/labels with any egg listed as an ingredient

SOY

- Recipes/food products/labels with any soy listed as an ingredient

OTHER

- Other (*Specify*) _____

WHEAT

- Recipes/food products/labels with any wheat listed as an ingredient
- All forms of Gluten (includes: wheat, oat, barley, rye)

NUTS

- Peanuts Tree Nuts
- Other: _____

SEAFOOD

- Fish Shellfish
- Other: _____

SESAME

- Sesame

Indicate any other comments such as substitutions, feeding patterns, specialized equipment, other restrictions, etc.:

School-based personnel do not routinely have instrumentation and/or training for a comprehensive nutrition and feeding assessment. Please refer student to proper medical authority for comprehensive nutrition and feeding assessment.

Signature of Physician/Medical Authority*	Printed Name	Date
Medical Office Stamp	Office Phone Number	Fax Number

* A recognized medical authority in North Carolina includes licensed physician, physician assistant, nurse practitioner and registered dietitian.