

## Declaración médica para modificación de comidas

La regulación 7 CFR Parte 15b del USDA requiere sustituciones o modificaciones en las comidas escolares para los niños cuyas discapacidades restringen sus dietas. Un niño con una discapacidad con solicitudes de sustitución que se encuentran fuera del patrón de comidas debe estar respaldado por una declaración firmada por un profesional de la salud con licencia. Según USDA Memo SP 26-2017, la declaración debe incluir todo lo siguiente:

- La discapacidad del niño y explicación de cómo la discapacidad restringe la dieta del niño
- Actividad principal de la vida afectada por la discapacidad
- El alimento o alimentos que se omitirán de la dieta del niño y el alimento o la elección de alimentos que se deben sustituir

**¡Importante!** Lea atentamente y siga los procedimientos para solicitar una modificación especial para comidas. La oficina de Nutrición Infantil devolverá las Declaraciones Médicas incompletas al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con la Directora de Nutrición Infantil, Miranda Martin al [Miranda.martin@phxschools.org](mailto:Miranda.martin@phxschools.org) o 602-257-3742.

**Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada:** Un formulario de solicitud completo debe estar firmado por un médico con licencia (MD o DO), una enfermera de práctica avanzada (APN) con autoridad prescriptiva (RXN) o un asistente médico (PA).

**Planee enviar comidas con su hijo hasta que reciba la verificación de que la solicitud de dieta especial de su hijo ha sido revisada y que los miembros del equipo de Nutrición Infantil apropiados han sido capacitados en procedimientos seguros para atender a su hijo.**

Las modificaciones de comidas continuarán hasta que un médico con licencia, una enfermera de práctica avanzada con autoridad prescriptiva o un asistente médico solicite que las modificaciones se cambien o suspendan en el Formulario de interrupción. Se recomienda fuertemente que la orden de dieta prescrita se actualice anualmente con un nuevo formulario.

Si se trata de una alergia alimentaria potencialmente mortal que provoca anafilaxia, los estudiantes deben tener un Plan de acción de emergencia en la escuela.

**Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/sitio** – Para ser completado por un padre/tutor.

**TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS.**

1. Nombre completo del estudiante:	2. Fecha de nacimiento del estudiante:	Nivel de grado:
3. Escuela:		
4. Nombre del padre/tutor:	5. Número de teléfono del padre/madre/tutor:	
6. Dirección de correo electrónico del padre/tutor:	7. Nombre e información de contacto de otro padre/tutor (opcional):	

**Marque los programas de nutrición infantil en los que participará este estudiante:**

- Programa Nacional de Desayuno Escolar     Programa Nacional de Almuerzos Escolares
- Cena/Merienda después de la escuela

**Parte B. Orden de dieta prescrita para niños con una necesidad médica documentada**– Esto debe ser completado por un profesional médico autorizado como se especificó anteriormente. **TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS.**

1. Especifique la necesidad médica y cómo restringe la dieta del niño:

2. ¿Qué actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica 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 (por ejemplo, baja en sodio, sin gluten, etc.)

4. Textura modificada:  No aplica  Cortado  Suelo  Puré

5. Espesor modificado de líquidos:  No aplica  Néctar  Miel  Cuchara o Pudín Grueso

6. Equipo de alimentación especial: \_\_\_\_\_  
 Marque si no corresponde O enumere el equipo de alimentación especial (p. ej., cuchara con mango grande, vasito para sorber, etc.).

**7. Alimentos a omitir y sustituir:**  
**Enumere los alimentos específicos que se deben omitir y sustituir. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.**

Omita los alimentos enumerados a continuación:		Alimentos sustitutos enumerados a continuación: (Por favor no escriba "N/A")
	<p>Alergia al huevo:</p> <input type="checkbox"/> Omitir el huevo en todas sus formas. <b>O</b> <input type="checkbox"/> Huevos al horno/cocidos OK	<p>Lácteos:</p> <input type="checkbox"/> Sin leche fluida <input type="checkbox"/> No Queso <input type="checkbox"/> sin yogur <input type="checkbox"/> Sin leche como ingrediente (panecillos, bagels, etc.)

**Médico Licenciado/AEnfermera de práctica avanzada con autoridad prescriptiva/asistente médico Información (REQUERIDO):**

Firma:	Título:	
Nombre impreso	Teléfono:	Fecha (incluir año):

**Permiso de padre/tutor legal**– Para ser completado por un padre o tutor legal. **(REQUERIDO)**

Doy permiso para que el personal de la escuela/sitio responsable de implementar la orden de dieta prescrita de mi hijo hable sobre las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal apropiado de la escuela/sitio. También doy permiso para que el médico matriculado, la enfermera de práctica avanzada con autoridad prescriptiva o el asistente médico de mi hijo aclaren más la orden de la dieta prescrita en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela/sitio.

**Firma del padre/tutor legal: Fecha (incluya el año):**

**Entregue el formulario completo a Miranda Martin, Directora de Nutrición Infantil, en Servicios de Apoyo (120 E. Grant St. Phoenix, AZ 85004) o Miranda.martin@phxschools.org**

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

