



Distrito Escolar del Condado de DeKalb
DEPARTMENT OF EXCEPTIONAL EDUCATION AND SUPPORT SERVICES
 5839 Memorial Drive
 Stone Mountain, GA 30083
 (678) 676-1800
 Fax (678) 676-1888

El siguiente niño es un participante en uno de los programas escolares de nutrición del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA, según sus siglas en inglés)

- Las regulaciones de USDA 7CFR Parte 15B requiere sustituciones o modificaciones de comidas del programa de nutrición escolar para aquellos niños cuya **discapacidad** restringe su dieta y es respaldado por una declaración firmada por un **médico licenciado**. Alergias alimentarias las cuales pueden resultar en reacción severa, potencialmente mortal (anafiláctica) pueden cumplir con la definición de "discapacidad".
- La autoridad de nutrición escolar puede optar por complacer a un alumno con una **necesidad dietética especial no incapacitante** que es apoyada por una declaración firmada por una **autoridad médica reconocida** (médico, asistente médico o enfermera titulada).

La autoridad de alimentos escolares puede optar por hacer una sustitución de leche disponible para los estudiantes con una **necesidad dietética especial no incapacitante**, como intolerancia a la leche o por creencias culturales o religiosas. Si la autoridad de nutrición escolar hace estas sustituciones disponibles, el sustituto de la leche debe de alcanzar los estándares nutritivos identificados en las regulaciones. Si está disponible, esto se indicará en la Parte 2. Una **autoridad médica reconocida** (médico, asistente de médico o enfermera titulada) puede completar esta sección.

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO Y LOS PADRES PARA ALIMENTACIÓN ORAL Y/O
 ALIMENTACIÓN POR SONDA**
 Año escolar 20___ to 20___

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESCUELA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Por favor complete las siguientes preguntas para que podamos atender al alumno de manera segura y apropiada.

I. Dieta recomendada por el médico:

_____ Nada por la boca (NPO)	Líquidos:
_____ Oralmente (PO) Tipo de dieta:	Regular _____
_____ Regular	Espesa _____ Si es espesa, ¿Cuál es la consistencia?
_____ Cortado	Néctar _____ Miel _____ Pudín _____
_____ Puré-indique a continuación la textura	
_____ Cereal para bebés	_____ Etapa 1 comida para bebés (suave)
_____ Alimentos de mesa triturados	_____ Etapa 2 comida para bebés (con algo de trocitos)
_____ Alimentos regulares de mesa	_____ Etapa 3 comida para bebés (con trozos)
_____ Suplemento a la comida escolar	
_____ Alimentos sólidos solamente por la boca	
_____ Líquidos por medio de sonda gástrica	
_____ Alimentación por sonda	
_____ Nombre de la formula _____	
_____ ¿Se puede sustituir por una fórmula de valor nutricional similar? Sí No	
Cantidad en cada comida _____	
Cantidad de veces que debe ser alimentado _____	
Cantidad de agua _____	
Cantidad de agua para limpiar _____	

II. Tipo de alimentación:

Bolo
 Goteo lento
 Bomba Si es con bomba, ¿cuál es la configuración? _____

III. ¿Se hizo un estudio de deglución? Sí No (Marque con un círculo) Si contesto que sí, por favor adjúntelo si está disponible.

IV. Solicitud de sustitución de leche solo para necesidades dietéticas especiales no incapacitantes

La escuela/el distrito escolar proporciona **leche sin lactosa** como un sustituto de la leche a los alumnos con necesidades no incapacitantes u otras necesidades dietéticas especiales cuando la sección IV es completada por la autoridad médica y aprobada por la escuela/distrito escolar. **El agua está disponible para todos los alumnos.**

¿Tiene el niño una necesidad médica no incapacitante o dieta especial que restringe la ingestión de leche líquida?

Sí No

Liste la necesidad médica o dieta especial (por ejemplo: intolerancia a la lactosa o por creencias culturales o religiosas):

Firma de la autoridad médica o padre/tutor: _____

Fecha: _____

V. Debe ser completado por el médico/autoridad médica

¿Tiene el niño una discapacidad? Sí No

Si contesto que sí, por favor, identifique la discapacidad y describa las actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad.

¿La discapacidad del niño afecta sus necesidades nutricionales o alimenticias? Sí

No

Si el niño no tiene una discapacidad *, ¿tiene necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Sí No

(* Estas modificaciones son opcionales para las escuelas)

Si contesto que sí, identifique la condición médica u otra condición dietética especial que restringe la dieta.

Discapacidad/Necesidades dietéticas especiales

VI. Contraindicaciones/precauciones y/o alergias a los alimentos, enumere cualquier alimento dietético específico que se omita: (Debe ser completado por el médico o autoridad médica) _____

Enumere cualquier alimento específico que se sustituirá (las sustituciones no pueden hacerse a menos que esta sección esté completa)

Médico/Autoridad médica Escriba el nombre, dirección, Número de teléfono de la oficina

Firma del médico/autoridad médica

Fecha

Firma de los padres/tutor

Fecha