



1 de Julio, 2020

Estimado Padre / Tutor:

Como parte del proceso de inscripción, revise el formulario de *Declaración Médica para Solicitar la Modificación de Alimentos Escolar* adjunto a esta carta y complete la autoridad médica de su estudiante (MD, DO, PA, APRN). Todos los formularios deben ser devueltos a **Laine Norris, Directora de Servicios de Alimentos y Nutrición localizado en 1511 Gypsum Ave.**, y debe ser recibido antes del 29 de julio para que los Servicios de Alimentos y Nutrición cumplan con las necesidades dietéticas especiales de su estudiante para el primer día de clases. Se recomiendan actualizaciones anuales de las instrucciones de dieta especial.

Adicionalmente, si los cambios dietéticos son necesarios durante el transcurso del año escolar, tener la autoridad médica de su estudiante (MD, DO, PA, APRN) completar el formulario de *Declaración Médica para Solicitar la Modificación de Alimentos Escolar* y devuelva el formulario completado a la **enfermera de su escuela**, quien luego enviará el formulario a la Directora de Servicios de Alimentos y Nutrición. Tenga en cuenta que, si está presentando una solicitud de modificación de alimentos en un momento distinto al comienzo del año escolar, tomará aproximadamente diez días escolares desde el momento en que se recibe la solicitud hasta que se pueda implementar.

Si su estudiante ya no requiere alojamientos especiales durante el transcurso del año escolar, por favor complete el formulario de *Discontinuación de Modificación de Alimentos* adjunto a esta carta y devuélvalo a la **enfermera de su escuela**, quien luego enviará el formulario al Director de Servicios de Alimentos y Nutrición. Este formulario puede ser firmado por un padre / tutor o por una autoridad médica.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con el Director de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Respetuosamente,

Laine Norris, MS, RD, LD  
Directora de Servicios de Alimentos y Nutrición.  
USD 305 Escuelas Públicas de Salina  
1511 Gypsum Ave  
Salina, KS 67401  
(785) 309-4715  
laine.norris@usd305.com

Documento adjunto

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

# Declaración del médico para solicitar modificación a comidas

**Modificaciones para ajustarse a una discapacidad:** Las modificaciones a las comidas recetadas por una autoridad médica se deben realizar para ajustarse a la discapacidad de un/a participante.

**Definición de discapacidad:** Bajo la Sección 504, la ADA y el Reglamento Departamental de la parte 15b del 7 CFR se define a una persona con discapacidad como alguien que tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades principales de la vida, tiene un historial de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento. Las “actividades principales de la vida” se definen de forma general e incluyen, a título enunciativo pero no limitativo, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las “actividades principales de la vida” también incluyen el funcionamiento de una función corporal principal, que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, funciones del sistema inmune, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

**Esta forma debe ser completada por una “autoridad médica” que está autorizada por la ley estatal de Kansas a expedir recetas médicas: médico habilitado (MD o DO) O un auxiliar médico (PA) o un enfermero registrado con prácticas médicas (APRN) autorizados por el médico habilitado a cargo.**

Parte A. Información del participante, padre, madre o tutor y contacto en la instalación – Para ser completada por un padre, madre o tutor o persona de contacto en la instalación.		
Nombre del Participante:	Fecha de Nacimiento:	Instalación:
Nombre del padre, madre o tutor:	Teléfono del padre, madre o tutor:	
Nombre del contacto en la Instalación:	Teléfono del contacto en la Instalación:	
Parte B. Orden de dieta recetada – Esta parte debe ser completada por una autoridad médica como se especificó antes.		
1. Descripción del impedimento físico o mental relacionado con la orden de dieta recetada y la actividad principal de la vida afectada. <i>Ejemplo: La alergia a los cacahuates afecta la capacidad para respirar.</i>		
2. Explicación de qué se debe hacer para ajustarse a la discapacidad (describa en forma detallada para garantizar la implementación correcta):		
Omitir los alimentos indicados a continuación:	Sustituir los alimentos indicados a continuación:	
Textura modificada: <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Picados	<input type="checkbox"/> Molidos <input type="checkbox"/> Pisados (puré)
Espesor modificado de líquidos: <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Néctar	<input type="checkbox"/> Miel <input type="checkbox"/> Espesor para cuchara o de pudín
Equipo especial para alimentación: <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Equipo especial para alimentación: _____	
(por ejemplo, cuchara con mango grande, taza hermética con popote etc.)		
3. Información de la autoridad médica:		
Firma:	Título:	
Aclaración:	Teléfono:	Fecha:
Parte C. Autorización del padre, madre o tutor – Para ser completada por el padre, madre o tutor		
Autorizo al personal de la instalación responsable de implementar la orden de dieta recetada a hablar de las adaptaciones especiales a la dieta con cualquier miembro del personal que corresponda y a seguir la orden de la dieta recetada para las comidas. También autorizo a la autoridad médica a aclarar en más detalle la orden de dieta recetada en esta forma si el personal de la instalación así lo solicitare.		
Firma del padre, madre o tutor:	Fecha:	

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

USD 305 FOOD & NUTRITION SERVICES  
**Discontinuacion de Modificación de Alimentos**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ya no necesita la modificación de alimentos prescrita previamente efectivo en la fecha de este formulario..

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Padre / Tutor o Autoridad Médica

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor o Autoridad Médica

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.