

## Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Únicas para Comidas Escolares

Una vez llenado completamente, este formulario da a las escuelas la información requerida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos (OCR) y la Oficina de Servicios de Rehabilitación y Educación Especial (OSERS) de los EE. Consulte "Orientación para completar la declaración médica para estudiantes con necesidades únicas de comidas para comidas escolares" (página anterior) para obtener ayuda para completar este formulario.

<b>PARTE A (Para ser completado por el padre / tutor)</b>				
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>	Apellido:	Nombre de pila:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
	Colegio:		Grado:	Identificación del Estudiante#:
SELECCIONE las comidas y / o bocadillos proporcionados por la escuela en los que este estudiante participará:	<input type="checkbox"/> Programa de Desayuno Escolar <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares <input type="checkbox"/> Programa de refrigerios después de la escuela <input type="checkbox"/> Programa de Cena Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Programa de Frutas y Verduras Frescas			
<b>PADRE/TUTOR INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>	Nombre del PADRE / GUARDIAN:			
	Dirección de correo:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Teléfono del trabajo:	Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:
Describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela:				
Describa las preocupaciones que tiene acerca de la capacidad de su estudiante para participar de manera segura en la hora de comer en la escuela.				
¿El estudiante ya tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<b>NOTA: Las necesidades únicas de la hora de comer para los estudiantes sin IEP, 504 o discapacidad, pero con preocupaciones generales de salud, se tratan dentro del patrón de comidas a discreción del Administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.</b>	
¿El estudiante ya tiene un Plan 504? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Consentimiento del padre / tutor	<p style="text-align: center;"><i>Estoy de acuerdo en permitir que el proveedor de atención médica de mi hijo y el personal de la escuela se comuniquen cuando sea necesario con respecto a la información en este formulario.</i></p>			
	Firma del Padre / Tutor		Fecha	
<p><b>Por favor devuelva esta Declaración Médica completamente completada con las firmas de ambos padres / guardián y autoridad médica, al maestro de su hijo, director, enfermera, administrador de casos de Educación Especial o administrador de casos de la Sección 504, Administrador de Nutrición Escolar o la persona del personal escolar que le dio El formulario en blanco.</b></p>				

STUDENT NAME:

STUDENT ID#:

**PART B** (To be completed by a **RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY**, i.e., Licensed physicians, physician assistants, and nurse practitioners)

Describe the student's physical or mental impairment:

Explain how the impairment restricts the student's diet:

Major life activities affected:  
*Select all that apply.*

- Walking     Seeing     Hearing     Speaking     Performing manual tasks  
 Learning     Breathing     Self-Care     Eating/Digestion

Other (please specify):

Is this a Food Allergy?     YES     NO  
 Is this a Food Intolerance?     YES     NO

If student has life threatening allergies\* check appropriate box(es):  
*\*Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.*  
 Ingestion     Contact     Inhalation

Specify any dietary restrictions or special diet instructions for accommodating this student in school meals:

For any special diet, list specific foods to be omitted and the recommended substitutions. <i>(You may attach a separate care plan)</i>	Foods to be Omitted	→	Recommended Substitutions	Foods to be Omitted	→	Recommended Substitutions

Designate safest consistency requirement for FOOD:

Pureed     Mechanical Soft     Other (please specify):  
 Ground     Chopped

Designate safest consistency requirement for LIQUIDS:

Clear Liquid     Nectar-thick     Other (please specify):  
 Full Liquid     Honey-thick     Pudding-thick

Other comments about the child's eating or feeding patterns, including tube feeding if applicable:

**\*NOTE\*** If your assessment of the child does not yield sufficient data to fully complete the above sections applicable to the student's mealtime needs, please refer the child/family to the appropriate health care professional for completion of the assessment.

Signature of Recognized Medical Authority*	Printed Name	Phone Number (    )	Date
--	--------------	------------------------	------

*\* A recognized medical authority in N.C. includes licensed physicians, physician assistants and nurse practitioners.*

**PART C** (To be completed by **SCHOOL DISTRICT ADMINISTRATORS**)

**NOTES:** (School Nutrition or other School Program staff)

School Nutrition Administrator's Signature:    Date:

---

IEP/504 Coordinator Signature:    Date: