

# MODIFICACIONES PARA ESTUDIANTES CON NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES

HISD ofrece modificaciones dietéticas solamente para casos de estudiantes con discapacidades, alergias alimentarias de gravedad y otras necesidades de la salud certificadas por un médico.

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

El Departamento de Agricultura de Texas ha establecido las siguientes pautas para las modificaciones dietéticas pertinentes a estudiantes con necesidades alimentarias especiales. Para efectuar una modificación de esta índole, Servicios de Nutrición requiere de la familia una declaración médica que, para ser válida, debe haber sido preparada por una autoridad de la salud con licencia para expender recetas médicas en Texas.

La declaración médica para estudiantes con discapacidades y alergias alimentarias de gravedad debe:

- estar firmada por un médico licenciado;
- nombrar la discapacidad, enfermedad o afección del estudiante;
- explicar por qué la discapacidad restringe la dieta del estudiante;
- indicar la actividad vital afectada por la discapacidad; e
- incluir los alimentos que es necesario omitir de la dieta y aquellos que deberán ofrecerse en su lugar.

La declaración médica para estudiantes (sin discapacidades) con necesidades dietéticas especiales debe:

- estar firmada por un médico licenciado o autorizado para expender recetas médicas en Texas;
- nombrar la enfermedad o afección que restringe la dieta del estudiante; e
- incluir los alimentos que es necesario omitir de la dieta y aquellos que deberán ofrecerse en su lugar.

## NORMAS DE HISD PARA LAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS

Todos los pedidos de modificaciones dietéticas deben ser presentados usando el formulario de HISD de Solicitud Médica de Modificaciones Dietéticas Especiales que se encuentra en el sitio web de Servicios de Nutrición del distrito: [www.HoustonISD.org/Nutrition](http://www.HoustonISD.org/Nutrition).

La documentación debe ser entregada por los padres del estudiante a la enfermera de la escuela, quien la enviará por email a Servicios de Nutrición. Las modificaciones dietéticas serán implementadas cuando Servicios de Nutrición reciba y tramite la solicitud. La falta de cualquiera de los datos requeridos en la solicitud puede demorar el trámite.

Nota: En casos en que sea necesario comprar artículos específicos, las modificaciones podrían no ser inmediatas, y es posible que la entrega de pedidos especiales tarde hasta seis semanas.

Si necesita más información envíe un email a: [NSSpecialDiets@HoustonISD.org](mailto:NSSpecialDiets@HoustonISD.org).

## DISTRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

### Los padres y tutores:

- Entregan el formulario de Solicitud Médica de Modificaciones Dietéticas Especiales a la enfermera de la escuela, cerciorándose de que incluya todos los datos requeridos según se ha detallado arriba. *Nota: Si la orden médica contiene instrucciones que requieren de aclaración, las modificaciones no serán implementadas hasta haber recibido las aclaraciones del médico por escrito.*
- Entregan documentación médica actualizada según sea necesario.
- Entregan a la enfermera de la escuela una declaración firmada por el médico cuando ya no sean necesarias las modificaciones.

- Entienden que no se efectuarán cambios a las modificaciones dietéticas hasta recibir documentación actualizada del médico.
- Colaboran con la enfermera de la escuela y la nutricionista de HISD en la revisión de los menús modificados y los entregan a la mayor brevedad posible. *Nota: Los menús modificados no serán llevados a la práctica hasta que se reciba autorización.*
- Entregan un formulario de Solicitud Médica de Modificaciones Dietéticas Especiales actualizado para cada ciclo escolar.
  - Entregan a la enfermera una declaración actualizada en el verano, antes del comienzo de las clases.
  - Recuerdan que puede haber una demora de hasta seis semanas si se requieren compras especiales.

#### **Las enfermeras**

- Escanean el formulario de Solicitud Médica de Modificaciones Dietéticas Especiales y lo envían por email a Servicios de Nutrición: [NSSpecialDiets@HoustonISD.org](mailto:NSSpecialDiets@HoustonISD.org).
- Sirven de enlace entre Servicios de Nutrición y los padres reuniendo la información requerida: datos, documentación médica y aprobación de los padres para los menús especiales.

#### **Servicios de Nutrición:**

- Provee comidas que, a nuestro mejor saber y entender, cumplen con las restricciones dietéticas indicadas por el médico.
- Colabora con los padres y la enfermera de la escuela para ajustar la dieta cuando se presentan órdenes médicas actualizadas.
- Atiende las necesidades de los estudiantes sin discapacidades caso por caso.

#### *Nota: Servicios de Nutrición no puede:*

- *Interpretar, revisar ni cambiar la orden de modificaciones dietéticas de un estudiante con discapacidades.*
- *Brindarle modificaciones dietéticas a un estudiante que no tenga una enfermedad o afección válida.*
- *Brindarle modificaciones dietéticas a un estudiante sin contar con la documentación médica pertinente.*
- *Servirle jugo de frutas en lugar de leche a un estudiante sin discapacidades.*

## Solicitud médica para realizarle modificaciones especiales a la dieta de un menor

Fecha: \_\_\_\_\_

No se aceptará el formulario si no se han llenado todas las secciones. El \* indica dato requerido.

Ciclo escolar: \_\_\_\_\_

**A. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE O TUTOR**

\*Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Padre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Do my authorization for the Health Services or the Nutrition Services to talk with the doctor or the medical authority that is mentioned further ahead to discuss the needs of nutrition that are described in continuation:*

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**B. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE**

\* ¿Tiene el niño una discapacidad o una alergia alimentaria que podría provocarle anafilaxis o poner en peligro su vida?  SÍ  NO *Si marcó SÍ, un médico licenciado debe llenar y firmar este formulario.*

\* Si respondió SÍ, indique las actividades importantes afectadas por la discapacidad: \_\_\_\_\_

\* **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**MODIFICACIONES NECESARIAS**

<sup>^</sup>La leche de soya es la sustitución estándar cuando se omite la leche líquida de origen animal.

**I. Restricciones necesarias:**  NINGUNA

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No consumir leche de origen animal líquida <sup>^</sup>                    | <input type="checkbox"/> No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.)   | <input type="checkbox"/> No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.) |
| <input type="checkbox"/> No consumir huevo entero   | <input type="checkbox"/> No usar huevos como ingrediente  |  |
| <input type="checkbox"/> No consumir trigo o gluten   | <input type="checkbox"/> No consumir soya   |  |
| <input type="checkbox"/> No consumir maní   | <input type="checkbox"/> No consumir frutos secos ( <i>Tenga presente que HISD no incluye maní o frutos secos en sus menús.</i> ) |  |
| <input type="checkbox"/> No consumir alimentos procesados en instalaciones donde haya habido nueces |   |  |
| <input type="checkbox"/> No consumir mariscos   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otras (anote) _____  |   |  |

Alimentos sustitutos \_\_\_\_\_

**II. Modificación de la textura:**  NINGUNA  
Duración: (*marque una*)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Durante todo el año                         | <b>Líquidos:</b> ( <i>marque una</i> )                 | <b>Sólidos:</b> ( <i>marque una</i> )                        |
| <input type="checkbox"/> Temporalmente: Iniciar _____ Terminar _____ | <input type="checkbox"/> Levemente espeso (Nivel 2)    | <input type="checkbox"/> Blando y tamaño de bocado (Nivel 6) |
|  | <input type="checkbox"/> Medianamente espeso (Nivel 3) | <input type="checkbox"/> Molido y húmedo (Nivel 5)           |
|  | <input type="checkbox"/> Sumamente espeso (Nivel 4)    | <input type="checkbox"/> Hecho puré (Nivel 4)                |

**III. Suplementos:**  NINGUNA

- Nil per os (No ingerir nada por vía oral)  Algún suplemento acompañará la dieta oral
- Boost Kid Essentials 1.5  Pediasure  Pediasure con fibra  Pediasure con fibra 1.5  Pediasure Enteral con fibra 1.0
- Otro: \_\_\_\_\_ \*Podría tomar hasta 6 semanas incorporar suplementos que no se hayan indicado anteriormente.

Dosis por alimento (ES REQUISITO): \_\_\_\_\_ Desayuno \_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_ Colación al término de las clases

**IV. Orden de dieta terapéutica:** Por favor ofrezca datos específicos: \_\_\_\_\_

**C. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE**

*Yo certifico que el estudiante que se menciona arriba necesita las modificaciones dietéticas descritas, dado que presenta una discapacidad o una alergia alimentaria severa provocada por alimentos que ponen en riesgo su vida, como ya se ha mencionado.*

MD  DO  NP  PA

\*Firma del doctor o autoridad médica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Nombre del doctor o autoridad médica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

*Entregue el forma lleno a la enfermera de la escuela. Deberá presentar uno nuevo cada año. Todo cambio o terminación de tratamiento debe comunicarse por escrito, de parte del médico. El trámite toma dos semanas. Mande la forma por fax a (713) 491-5998. Contacte NSSPECIALDIETS@houstonisd.org con preguntas.*

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.octio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.octio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.