Necesidades dietéticas especiales



Guía para Estudiantes con Dietas especiales

Si su niño(a) ha sido identificado como persona con discapacidad y tiene necesidades dietéticas especiales, los cambios se pueden hacer para el desayuno y / o almuerzo escolar de su niño(a) sin costo adicional con la documentación apropiada de un médico.

¿Es su niño(a) elegible?

Su niño(a) es elegible si él/ella ha sido identificado con tener una discapacidad bajo la **Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973**, o de **la parte B de los Individuos con Discapacidades (IDEA)** y tiene necesidades dietéticas especiales. Regulaciones del USDA (7 CFR Parte 15b) requieren sustituciones o modificaciones en las comidas escolares para los niños que tienen discapacidades que restringen sus dietas.

Algunos ejemplos de las necesidades dietéticas especiales que se consideran discapacidades:

- La enfermedad celíaca
- Diabetes
- Alergias a los alimentos que resultan en reacciones graves o de peligro de muerte (anafiláctica)
- PKU

Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973

*Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990, una "persona con discapacidad" significa toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades esenciales, tiene una historial de tal impedimento, o se considera que tiene dicho impedimento. Una **actividad importante de la vida** se define como el cuidado de uno mismo, comer, hacer trabajos manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. El término "impedimento físico o mental" incluye muchas enfermedades y condiciones.*

Parte B de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA)

El término niño(a) con una "discapacidad" bajo la Parte B de los Individuos con Discapacidades (IDEA) significa que un niño evaluado de acuerdo con IDEA como aquel que tiene una o más de las categorías de discapacidad reconocidos y que, por la misma razón, necesita educación especial y servicios relacionados.

Para obtener más información sobre la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, por favor visite el Departamento de la Oficina de Educación en el sitio web de Derechos Civiles de los Estados Unidos en www.ed.gov y para más información sobre la Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades, por favor visite el sitio Web del U.S, Department of Education de IDEA en http://idea.ed.gov/.

¿Qué tipos de modificaciones de comidas se pueden hacer?

Las modificaciones posibles incluyen, pero no se limitan a:

- Las restricciones de alimentos (leche y productos lácteos, gluten, huevos, etc.)
- El aumento de calorías
- Cambios en la textura (en puré, molida, picada, líquidos espesos, etc.)
- La alimentación por sonda
- El control de peso (controlada en calorías)

¿Qué documentación se necesita?

Formulario de dieta se necesita para completar las solicitudes dietéticas especiales. Este formulario se puede La **Forma Especial de Dieta** se necesitara llenar para requerimientos de dietas especiales. Esta forma se puede encontrar en el sitio web de Lockhart ISD o solicitándola a su director de servicios de alimentos de la escuela.

O

Presentando un **certificado médico** firmado por un médico licenciado (MD o OD).

La **Forma Especial de Dieta** o el **certificado del médico** deben identificar:

- La incapacidad del niño(a);
- Una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño(a);
- La actividad principal de la vida afectada por la discapacidad;
- La comida (s) para omitir de la dieta del niño(a) y la comida o la elección de los alimentos que deben ser sustituidos;

Lo que el departamento de servicio de alimentación escolar proporcionará:

El departamento de servicio de alimentación escolar se adaptará a todas las sustituciones o modificaciones como se identifiquen en la **Forma de Dietas Especiales** o **Certificado Médico**. Los siguientes son ejemplos de lo que la escuela proporcionará:

- Suplementos dietéticos (fórmulas vía sonda y otras fórmulas nutricionales)
- Alimentos de sustitución (sin gluten, baja en proteínas, etc.)
- El personal de Servicios de Alimentación serán capacitados en el manejo óptimo de modificaciones especiales de dieta.
- La comunicación entre el departamento de servicios de alimentos, enfermera de la escuela, dietista registrada, el médico y el padre o tutor con respecto a las comidas escolares de su niño(a).

¿Tiene más preguntas sobre las necesidades dietéticas especiales?

Las escuelas no están obligadas a realizar modificaciones en las comidas para los estudiantes con necesidades dietéticas especiales que no se consideran una discapacidad. Esto incluye modificaciones basadas en la elección de alimentos de una familia o niño(a) con respecto a una dieta saludable. Esta disposición cubre a los niños que tienen intolerancia a los alimentos o alergias, pero no tienen reacciones potencialmente mortales (reacciones anafilácticas) cuando se expone a la comida (s) que son alérgicos.

Los niños sin discapacidades, pero con necesidades dietéticas especiales que requieren sustituciones de alimentos o modificaciones, podrán solicitar que el servicio de comida de la escuela satisfaga sus necesidades nutricionales especiales. Sin embargo, es decisión de la escuela individual y / o el distrito escolar en cuanto a si las solicitudes serán aprobadas.

¿Y si mi hijo tiene necesidades dietéticas especiales, pero no una discapacidad?

Póngase en contacto con **el Departamento de Nutrición de Lockhart ISD** para hablar con un dietista registrado:

M.L. Cisneros Education Support Center

419 Bois D'Arc St Lockhart, TX 78644

Phone: (512) 398-0292

Para prengutas, por favor llamar al departmento de serivicios de Nutricion y Comida 512-398-0292

Formulario de dieta

☐ Nuevo ☐ Cambiar / Modificar ☐ Temporal (Fecha de finalización: _____)

STUDENT INFORMATION

Primer Nombre: _____ Apellido:_____ Fecha de hoy: _____

Numero de ID del estudiante: _____ Edad: ____ Homber/Mujer Fecha de nacimiento: _____/_____/__

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Nombre del Padre / Tutor:_____ Teléfono / e-mail:_____

INFORMACIÓN MÉDICA

Por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, una persona con una discapacidad es cualquier persona que tiene un impedimento que limita sustancialmente una o más actividades de la vida. Por definición esto incluye pero no se limita a la diabetes, PKU, enfermedad celíaca, anafilaxia alimentaria, problemas de aprendizaje, y etc.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN MÉDICO CON LICENCIA SOLAMENTE.

Diagnóstico del Paciente / Condición médica:_____

Es el diagnóstico del paciente considerado una discapacidad? _____Si _____NO (DR. INICIALES SOLAMENTE)

En caso afirmativo, describa las principales actividades de la vida afectadas en relación con la modificación de la dieta

_____

Modificación de textura: Molido Picado Puré Otros (por favor sea específico): _____

Alimentación por sonda: Nombre de fórmula:_____Instrucciones:_____Oral? _____SI _____NO

Modificación de Nutrientes: aumentar las calorías _____ Disminución de Calorías _____

Restricción de nutrientes _____ Omitir Alimentos: _____

Sustituir con:_____

¿El paciente tiene un riesgo con la vida a los alimentos que le causan una alergia?___Si ___NO (DR. INICIALES SOLAMENTE)

Alergias a los Alimentos (círculo lo que corresponda):

☐ leche Líquida ☐ Todos los productos lácteos ☐ Soya ☐ Huevos ☐ Todos los productos con Huevos

☐ Trigo ☐ Gluten ☐ Maíz ☐ Todos los aditivos de maíz ☐ Mariscos

☐ Cacahuates ☐ Todas las nueces ☐ Todos los alimentos producidos en la instalación con Productos de Nueces

Puede el paciente consumir alérgeno como ingrediente de productos alimenticios? Si _____NO__ (DR. INICIALES SOLAMENTE)

Si se requiere medicación, por favor complete un Plan de acción para la alergia alimentaria.

Nombre del médico: _____ Teléfono: (____)_____-_____

Firma del médico:_____ Fecha: _____

Cualquier cambio de tratamiento debe ser solicitado por escrito en este formulario. Una vez que se presente formulario, por favor espere hasta cinco días para el procesamiento. Envíe el formulario completado a la cafeteria de la escuela, enfermería, o entregar a 419 Bois D'Arc St, Lockhart, TX 78644.

Al firmar abajo, entiendo que es mi responsabilidad de renovar esta forma cambiar en cualquier momento las necesidades médicas o de salud de mi hijo.

Firma del Padre:_____ Fecha: _____