

Estimado Padre/Guardián,

El objetivo del Programa de Nutrición Escolar del Condado de Fulton es asegurar que nuestros estudiantes reciban una nutrición segura y más apropiada a diario.

Si usted cree que su hijo califica para una dieta especial, el formulario adjunto debe ser completado y devuelto a al Programa de Nutrición Escolar del Condado de Fulton (MenuTeam@fultonschools.org o envíe por Fax: 470-254-1241). Las solicitudes de dieta especial se revisarán y crearán en el orden en que se reciban. Si su estudiante es elegible para una dieta especial basada en esta información, entonces nos reuniremos con usted para establecer un plan que satisfaga las necesidades de su estudiante.

Las pautas para recibir una dieta especial son las siguientes:

- Estudiantes con discapacidades cuyo médico/asistente médico/enfermera practicante certifica que los estudiantes requieren dietas o comidas especializadas debido a su discapacidad.
- El formulario debe ser llenado por un médico autorizado/asistente médico/enfermero practicante.
- El formulario debe ser llenado completamente. Si no es así, puede haber un retraso en la creación e implementar una dieta especial para su hijo.
 - Asegúrese de incluir un número de teléfono y una dirección de correo electrónico válidos en el formulario.
- Una vez que se haya creado el menú de dieta especial de su estudiante, un miembro de nuestro equipo le enviará un correo electrónico una copia del menú para su aprobación. Una vez recibida la aprobación, un miembro de nuestro equipo capacitará al gerente y al personal de la cafetería sobre los requisitos dietéticos específicos de su estudiante y confirmar una fecha de inicio.

Para SY 24/25, el formulario debe completarse DESPUÉS DEL 8 DE ABRIL DE 2024. **Se requieren formularios nuevos en cada año escolar.** Revise las instrucciones a continuación para asegurarse de que estos formularios se reciban correctamente para que podemos crear una dieta especial tan pronto como sea posible para su hijo.

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros por correo electrónico a MenuTeam@fultonschools.org o llame al 470-254-8960.

Gracias,

El equipo de menús

Programa de Nutrición Escolar | Sistema escolar del condado de Fulton

**Plan Médico de Cuidado para el Programa de Nutrición Escolar
(Estudiantes con Discapacidades que requieren Necesidades Dietéticas Especiales)**

La página 1 debe ser completada por el Padre/Tutor. La página 2 debe ser completada por un médico/asistente médico con licencia/practicante de enfermería.

Por favor, devuelva los formularios completados a su clínica escolar.

El siguiente niño es un participante en uno de los programas de nutrición escolar del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus)

- Las regulaciones del USDA 7 CFR Parte 15B requieren sustituciones o modificaciones en las comidas del programa de nutrición escolar para niños cuya **discapacidad** restringe su dieta. El propósito de este formulario es que su médico/asistente médico con licencia/practicante de enfermería documente esta discapacidad.
- Bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, cualquier condición que limite sustancialmente una actividad importante de la vida constituye una discapacidad.
- El Programa de Nutrición Escolar del Condado de Fulton proporciona información basada en la información de la etiqueta que se nos proporciona y no puede garantizar que los productos alimenticios servidos no se procesen en plantas que también procesan nueces u otros alérgenos.
- Los alimentos etiquetados sólo observarán la presencia de ocho alérgenos principales: leche, huevos, pescado, mariscos, frutos secos, cacahuets, trigo y soya. **Si bien se harán esfuerzos para evitar otros alérgenos, el Distrito Escolar del Condado de Fulton no puede que las etiquetas revelarán todos los posibles alérgenos.**
- Si tiene preguntas específicas, comuníquese con el Departamento de Nutrición Escolar.

Parte 1: Para ser completado por el Padre/Tutor

| | | | |
|----------------------------|------------------|---|-------------|
| Nombre del niño: | | Fecha de nacimiento: | Género: M F |
| Nombre de la Escuela: | | Nivel de grado/Aula: | |
| Nombre del Padre/Guardián: | | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | |
| () | () | Dirección de correo electrónico: | |
| Teléfono de casa | teléfono celular | | |

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico

De conformidad con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, autorizo a él (nombre del médico) _____ que de información de salud protegida de mi hijo según sea necesario para el propósito específico de la información de la Dieta Especial al Distrito Escolar del Condado de Fulton y doy mi consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información que aparece en este formulario y en sus registros relativos a mi hijo con el programa escolar según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido divulgada. Mi permiso para divulgar esta información expirará en _____(fecha). Esta información debe ser divulgada con el propósito específico de la información de la Dieta Especial.

El abajo firmante certifica que es el padre, tutor o representante oficial de la persona que aparece en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma del padre/tutor: _____

(Firmar esta sección es opcional, pero puede evitar retrasos en permitirnos hablar con el médico)

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Parte 2: Firma de los padres | Fecha: |
|-------------------------------------|--------|

Necesidades dietéticas especiales

| | |
|---|---|
| Parte 3: <u>Necesidades Dietéticas Especiales /Discapacidad</u> (Para ser completado por el Médico/Asistente Médico/Enfermera Practicante) ¿Tiene el niño una discapacidad/ Necesidad dietética especial ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo, Por favor, identifique la discapacidad/ necesidad dietética especial, describa la actividad o actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad: | |
| ¿La discapacidad/ necesidad dietética especial del niño afecta sus necesidades nutricionales o de alimentación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Si el niño tiene una discapacidad que requiere una necesidad dietética especial / de alimentación, por favor pida a un médico con licencia que complete la Parte 4 de este formulario. | |
| | |
| Parte 4: <u>Orden de Dieta</u> (Para ser completada por médico/asistente médico/practicante de enfermería) Enumere las restricciones dietéticas requeridas como resultado de la discapacidad del estudiante (lista de alimentos específicos que deben omitirse): | |
| <u>NOTA: Los alimentos etiquetados sólo observarán la presencia de nueve alergias principales: leche, huevos, pescado, mariscos, frutos secos, sésamo, cacahuetes, trigo y soja. Si bien se harán esfuerzos para evitar otros alérgenos, las Escuelas del Condado de Fulton no pueden garantizar que las etiquetas divulguen todos los posibles alérgenos.</u> | |
| Liste los alimentos específicos que deben sustituirse (la sustitución no se puede hacer al menos que se complete la sección): | |
| Liste los alimentos que necesitan el siguiente cambio en la textura. Si todos los alimentos necesitan ser preparados de esta manera, indique "Todos". Cortado/picado en trozos del tamaño de una mordida: Finamente molido: Puré: | |
| Liste cualquier equipo o utensilios especiales necesarios: | |
| Indique cualquier otro comentario sobre los patrones de alimentación o alimentación del niño: | |
| Médico/Asistente Médico/Nombre del Practicante de <u>Enfermeras</u> (<u>Impreso</u>) | Dirección de la oficina y número de teléfono: |
| Firma de médico/asistente médico/enfermera practicante | Fecha: Atención |
| Please send to Fulton County School Nutrition via email (MenuTeam@fultonschools.org), or fax ((470) 254-1241, Atención Menus Team | |
| Fecha de recepción SHS: _____ Enfermera de racimo/Firma de enfermera de educación especial _____ Fecha enviada a La Nutrición Escolar _____ | |

Necesidades dietéticas especiales