

## NIÑOS CON DISCAPACIDADES Y RESTRICCIONES DE DIETAS ESPECIALES

### **A. Ley de rehabilitación de 1973 y Ley sobre estadounidenses con discapacidades**

Conforme a la Sección 504 de la *Ley de rehabilitación de 1973* y la Enmienda de la *Ley sobre estadounidenses con discapacidades* (ADAAA, por sus siglas en inglés) de 2008, "una persona con discapacidades" es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida o funciones corporales importantes, que tiene un registro de tal impedimento o que se considere que tiene dicho impedimento.

Las actividades importantes de la vida incluyen, pero sin limitarse a, el cuidado personal, el desempeño de tareas manuales, ver, escuchar, alimentarse, dormir, caminar, permanecer de pie, levantarse, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Una actividad importante de la vida también incluye la operación de una función corporal importante, incluidas, pero sin limitarse a, las funciones del sistema inmune, del crecimiento celular normal, digestivas, intestinales, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Consulte estas leyes para obtener mayor información (esta información se ofrece en inglés)

<http://www.dol.gov/oasam/regs/statutes/sec504.htm> y <http://www.eeoc.gov/laws/statutes/adaaa.cfm>, respectivamente.

### **B. Ley para la educación de personas con discapacidades**

Un niño con una "discapacidad" según la Parte B de la *Ley para la educación de personas con discapacidades* (IDEA, por sus siglas en inglés) se describe como un niño evaluado de acuerdo con la ley IDEA que tiene una o más de las trece categorías de discapacidades reconocidas y quien, por motivo de las mismas, necesita educación especial y servicios relacionados. La ley IDEA puede consultarse en su totalidad (esta información se ofrece en inglés) en <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/IDEA2004regulations.pdf>.

El Programa de Educación Individualizado (IEP, Individualized Education Program) es una declaración escrita de un niño con discapacidades que se desarrolla y revisa de acuerdo con IDEA y sus reglamentaciones de implementación. Cuando se requieren servicios de nutrición según el IEP de un menor, los funcionarios de la escuela deben asegurarse de que el personal del servicio alimenticio de la escuela participe temprano en las decisiones sobre las comidas especiales. Si un IEP o un plan 504 contienen la misma información que se requiere en una declaración médica, no es necesario obtener una declaración médica independiente de un profesional médico con licencia.

### **C. Declaración de profesional médico con licencia para niños con discapacidades**

Las reglamentaciones 7 CFR Parte 15b del U.S. Department of Agriculture (USDA) requieren sustituciones o modificaciones en las comidas escolares para los niños cuyas discapacidades restringen sus dietas. Las autoridades alimenticias de la escuela deben proporcionar modificaciones a los niños con discapacidades según cada caso cuando los pedidos se apoyan con una declaración escrita de un profesional médico estatal con licencia.

La declaración del profesional médico con licencia debe identificar:

- una explicación de cómo la dificultad física o mental restringe la dieta del niño;
- las comidas que se deben evitar; y
- las comidas u opciones de comidas que se deben sustituir.

La segunda página de este documento ("Medical Statement for Special Dietary Needs" - Declaraciones médicas para necesidades dietarias especiales) se puede usar para obtener la información requerida del profesional médico con licencia.

"Profesional" (Practitioner) se define en Wisconsin State Statute 118.29(1) (e): "Profesional" significa todo médico, dentista, optómetra, asistente de médico, enfermero de práctica avanzada que emite recetas o podólogo con licencia de cualquier estado. Si la documentación para apoyar una facilidad dietaria no ha sido firmada por uno de estos profesionales, la escuela no tiene la obligación de facilitar el pedido (a menos que la información sobre la necesidad dietaria se incluya en el IEP o en el plan 504, como se menciona arriba en la sección B.)

#### **D. Sustituciones Dentro del Patrón de Comidas**

Se recomienda firmemente, si bien no es obligatorio, que las escuelas tengan documentación archivada de toda autoridad médica de alumnos con necesidades dietarias para los que hacen modificaciones del menú dentro del patrón de comidas. Dichas determinaciones sólo se toman según cada caso y todas las facilidades deben hacerse de acuerdo con los requisitos del patrón de comidas de USDA.

## Declaración médica para necesidades dietarias especiales

Lea la página 1&2 antes de llenar esta forma.

Nombre del estudiante

Número de ID o PIN del estudiante

Edad\*

Nombre de la escuela\*

Grado\*

Salón de clases\*

\*Incluya información exacta al momento de enviar esta forma.

1. ¿Cómo restringe la dieta la dificultad física o mental del niño?

2. De las siguientes secciones, llene todas las que apliquen al niño.

Alergias y enfermedad	¿Qué alimento o tipo de alimentos deben omitirse? Sea específico.
	Enumere los alimentos a sustituir. (Evite marcas específicas, de ser posible)

Diabetes Mellitus	Describa cualquier modificación necesaria para adecuarse a las necesidades del niño.
-------------------	--

Modificaciones en la textura	El niño requiere que todos los alimentos sean:	Los líquidos deben tener:
	<input type="checkbox"/> Hechos puré <input type="checkbox"/> Picados/finamente molidos <input type="checkbox"/> Picados/cortados en trozos pequeños	<input type="checkbox"/> consistencia de pudín <input type="checkbox"/> consistencia de miel <input type="checkbox"/> consistencia de néctar <input type="checkbox"/> Consistencia líquida/normal

Otro	¿Qué alimentos o tipo de alimentos deben omitirse? Sea específico.
	Enumere los alimentos a sustituir.

3. Comentarios adicionales:

Firma del padre o de la madre:		Fecha	
Nombre del padre o de la madre (escriba a mano)		Número telefónico:	

<b>Firma abajo obligatoria</b> (Ver sección C, página 1)	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermero profesional	<input type="checkbox"/> Dentista
Sírvase marcar el cargo adecuado:	<input type="checkbox"/> Asistente de médico	<input type="checkbox"/> Podólogo	<input type="checkbox"/> Optómetra
Firma del profesional médico y fecha			
Nombre, cargo y teléfono del profesional médico (Por favor escriba en letra de molde)			