

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES

Instrucciones

1. **Escuela/Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia en letra de molde que está proporcionando el formulario al padre.
2. **Sitio:** Escriba en letra de molde el nombre del sitio donde se servirán las comidas (por ejemplo, sitio de la escuela, centro de cuidado infantil, centro comunitario, etc.)
3. **Número de teléfono del sitio:** escriba el número de teléfono del sitio donde se servirá la comida. Véase #2.
4. **Nombre del participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante al que pertenece la información.
5. **Edad del participante:** Escriba la edad del participante. Para los bebés, por favor use la Fecha de Nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Marque uno:** Marque (✓) de la casilla para indicar si el participante tiene una discapacidad o no tiene una discapacidad.
9. **Discapacidad o condición médica que requiere de comida o adaptación especial:** Describa la condición médica que requiere una comida o adaptación especial (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia a los cacahuetses, etc.)
10. **Si el Participante tiene una Discapacidad, Proporcione una Breve Descripción de la Actividad Principal de la Vida del Participante Afectada por la Discapacidad:** Describa cómo la condición física o médica afecta la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia a los cacahuetses causa una reacción potencialmente mortal".
11. **Prescripción y/o acomodación de la dieta:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por un médico, o describa la modificación de la dieta solicitada para una condición no incapacitante. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben estar en forma líquida o en puré. El participante no puede consumir alimentos sólidos".
12. **Indicar textura:** Marque (✓) en la casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
13. **A. Alimentos que deben omitirse:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo, el "excluir la leche en liquido".
B. Sustituciones sugeridas: Enumere alimentos específicos para incluir en la dieta. Por ejemplo, "jugo fortificado con calcio".
14. **Equipo adaptativo:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al participante durante la comida. (Los ejemplos pueden incluir una taza de sorbo, una cuchara con una agarradera grande, muebles accesibles en silla de ruedas, etc.)
15. **Firma del preparador:** Firma de la persona que completa el formulario.
16. **Nombre escrito en letra de molde:** Escribir el nombre de la persona que completa el formulario.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que completa el formulario.
18. **Fecha:** Formulario firmado con la fecha que lo firmó el preparador.
19. **Firma de autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptaciones.
20. **Nombre Escrito en letra de molde:** Nombre escrito en letra de molde de la autoridad médica.
21. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

DEFINICIONES*:

"Una persona con una discapacidad" se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.

"Impedimento físico o mental" significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológicos; musculoesquelético; órganos especiales de los sentidos; respiratorio, incluyendo órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genito-urinaria; y linfático; piel; y glándula endocrina; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

Las "principales actividades de la vida" son funciones tales como cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

"Tiene un registro de tal impedimento" se define como tener un historial de, o han sido clasificados (o clasificados erróneamente) como tener un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

(*Citas de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973)

**DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR
COMIDAS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES**

1. ESCUELA/AGENCIA	2. SITIO	3. NÚMERO DE TELÉFONO DEL SITIO			
4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE		5. EDAD O FECHA DE NACIMIENTO			
6. NOMBRE DEL PADRE O TUTOR		7. NÚMERO DE TELÉFONO			
<p>8. COMPRUEBE UNO:</p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad o una condición médica <i>y requiere</i> una comida o adaptación especial. (Consulte las definiciones en el reverso de este formulario.) Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben cumplir con las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. Un médico con licencia debe firmar este formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero está solicitando una comida o adaptación especial debido a intolerancia(s) alimentaria(s) u otras razones médicas. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en los programas federales de nutrición a que acomoden solicitudes razonables. Un médico con licencia, asistente médico o enfermera registrada debe firmar este formulario.</p>					
9. DISCAPACIDAD O CONDICIÓN MÉDICA QUE REQUIERE UNA COMIDA O ADAPTACIÓN ESPECIAL:					
10. SI EL PARTICIPANTE TIENE UNA DISCAPACIDAD, PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA VIDA DE DEL PARTICIPANTE AFECTADA POR LA DISCAPACIDAD:					
11. PRESCRIPCIÓN DE LA DIETA Y /O ADAPTACIÓN: <i>(POR FAVOR DESCRIBA EN DETALLE PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN ADECUADA)</i>					
<p>12. INDICAR TEXTURA:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> picado <input type="checkbox"/> molida <input type="checkbox"/> puré </p>					
<p>13. ALIMENTOS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUSTITUCIONES: <i>(POR FAVOR, ENUMERE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN OMITIRSE Y LAS SUSTITUCIONES SUGERIDAS. PUEDE ADJUNTAR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>A. ALIMENTOS QUE DEBEN OMITIRSE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>B. SUSTITUCIONES SUGERIDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> </table>				<p>A. ALIMENTOS QUE DEBEN OMITIRSE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. SUSTITUCIONES SUGERIDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A. ALIMENTOS QUE DEBEN OMITIRSE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. SUSTITUCIONES SUGERIDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
14. EQUIPOS ADAPTATIVOS:					
15. FIRMA DEL PREPARADOR*	16. NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	17. NÚMERO DE TELÉFONO	18. FECHA		
19. FIRMA DE AUTORIDAD MÉDICA*	20. NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	21. NÚMERO DE TELÉFONO	22. FECHA		

*** Se requiere la firma del médico para los participantes con una discapacidad. Para los participantes sin una discapacidad, un médico con licencia, asistente de médico o enfermera registrada debe firmar el formulario.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y /o nutricionales actuales del participante.

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta agencia tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD), el USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.