

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ALIMENTOS ESPECIALES Y/O ACOMODO MÉDICO

1. ESCUELA/AGENCIA PÚBLICA	2. LUGAR/SITIO	3. NÚMERO TELEFÓNICO DEL SITIO			
4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE		5. EDAD O FECHA DE NACIMIENTO			
6. NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		7. NÚMERO TELEFÓNICO			
<p>8. MARQUE UNO:</p> <p><input type="checkbox"/> El/La participante tiene una discapacidad o una condición médica y necesita alimentos y acomodo especial. (Consulte las definiciones al reverso de esta hoja.) Escuelas y agencias públicas participando en programas federales de nutrición deben cumplir con las solicitudes de alimentos especiales y los de cualquier equipo o muebles de adaptación. Un médico con licencia debe firmar esta solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> El/La participante no tiene discapacidad, pero está solicitando alimento especial o acomodo médico especial debido a intolerancia alimenticia o por otras razones médicas. Es inapropiado usar esta hoja para solicitar alimentos de preferencia. Se recomienda a las escuelas y agencias públicas participando en programas federales de nutrición que otorguen las peticiones que sean razonables. Un médico con licencia, asistente médico, o enfermera con licencia debe firmar esta solicitud.</p>					
9. DISCAPACIDAD O CONDICIÓN MÉDICA QUE REQUIERE ACOMODO O ALIMENTO ESPECIAL:					
10. SI EL/LA PARTICIPANTE TIENE UNA DISCAPACIDAD, DESCRIBA LA ACTIVIDAD VITAL AFECTADA POR LA DISCAPACIDAD:					
11. DESCRIPCIÓN DE LA DIETA ALIMENTICIA O ACOMODO MÉDICO NECESARIO: (FAVOR DE DESCRIBIR EN DETALLE PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN APROPIADA DE LA PETICIÓN)					
<p>12. INDIQUE LA TEXTURA DEL ALIMENTO:</p> <p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cortado en trocitos <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré/Papilla </p>					
<p>13. EXCLUSIÓN Y SUBSTITUCIÓN DE ALIMENTOS: (FAVOR DE ESPECIFICAR LOS ALIMENTOS QUE SE DEBEN EXCLUIR Y SUS SUBSTITUCIONES. PUEDE ANEXAR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>A. ALIMENTO EXCLUIDOS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>B. SUBSTITUCIONES RECOMENDADAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> </table>				<p>A. ALIMENTO EXCLUIDOS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. SUBSTITUCIONES RECOMENDADAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A. ALIMENTO EXCLUIDOS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. SUBSTITUCIONES RECOMENDADAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
14. EQUIPO/MUEBLES DE ADAPTACIÓN:					
15. FIRMA DE QUIEN PREPARÓ ESTA SOLICITUD*	16. NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	17. TELÉFONO	18. FECHA		
19. FIRMA DE AUTORIDAD MÉDICA*	20. NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	21. TELÉFONO	22. FECHA		

- **La firma del médico es necesaria cuando el/la participante tiene discapacidad. Para participantes sin discapacidades, debe firmar esta solicitud un médico con licencia, asistente médico, o enfermera(o) con licencia.**

La información contenida en esta solicitud debe de ser vigente y reflejar las necesidades actuales médicas y/o nutricionales del participante.

Conforme a la ley federal y normas del Departamento de Agricultura de E.U. (siglas USDA), está prohibido que esta agencia discrimine en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (202) 720-5964. USDA es un proveedor y empleador de oportunidad equitativa.

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ALIMENTOS ESPECIALES Y/O ACOMODO MÉDICO

INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia pública:** Con letra de molde escriba el nombre de la escuela o agencia que le facilitó esta solicitud.
2. **Lugar o sitio:** Con letra de molde escriba el nombre del lugar/sitio en dónde se proveerá el alimento (tales como el nombre de la escuela, centro de cuidado de niños, centro comunitario, etc.)
3. **Número telefónico del lugar/sitio:** Escriba el número telefónico del lugar dónde se proveerá el alimento. Vea el #2.
4. **Nombre del participante:** Con letra de molde escriba el nombre del niño o participante adulto cuya información se encuentra en esta solicitud.
5. **Edad del participante:** Escriba la edad del participante. Si el participante es un infante, escriba la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor:** Con letra de molde escriba el nombre de la persona que está solicitando la declaración médica del participante.
7. **Número telefónico:** Escriba el número de teléfono del padre/tutor.
8. **Marque uno:** Marque (✓) la caja que describe si el participante tiene o no tiene discapacidad.
9. **Discapacidad o condición médica que requiere alimento especial o acomodo médico:** Describa la condición medica que requiera alimento especial o la condición médica que requiera de acomodo médico (tales como son la diabetes juvenil, alergias a los cacahuates/maní, etc.)
10. **Si el participante tiene discapacidad, describa brevemente la actividad vital afectada por la discapacidad:** Describa cómo la condición física o médica afecta la discapacidad. Por ejemplo: "Alergia al cacahuete/maní causa una reacción que amenaza su vida". Por ejemplo: "Todos los alimentos deben de estar en forma líquida o de puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido".
11. **Dieta médica prescrita y acomodo médico:** Describa específicamente el tipo de dieta o acomodo médico necesario que ha sido prescrito por el doctor, o describa la modificación en la dieta necesaria de una condición en la que no hay discapacidad. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben de estar ya sea en forma líquida o en forma de puré. El participante no puede consumir alimentos en forma sólida".
12. **Indique la textura:** Marque (✓) la caja que indique el tipo de textura del alimento. Si el participante no necesita modificación en la textura del alimento, marque "Normal".
13. **A. Alimentos excluidos:** Escriba los alimentos que se deben omitir. Por ejemplo: "excluya leche".
B. Substituciones recomendadas: Escriba los alimentos que deben ser incluidos en la dieta. Por ejemplo: "jugo fortificado con calcio".
14. **Equipo/Muebles de adaptación:** Describa específicamente el equipo/muebles que necesite el participante para comer. (Ejemplos pueden incluir un vaso con popote/pajilla, cuchara con mango/manilla grande, mesa u otro mueble que permita acceso a una silla de ruedas, etc.)
15. **Firma de quien preparó esta solicitud:** Firma del que llenó la solicitud.
16. **Nombre en letra de molde:** Escriba el nombre con letra de molde de la persona quien llenó esta solicitud.
17. **Teléfono:** Número telefónico de la persona quien llenó esta solicitud.
18. **Fecha:** Fecha en que esta solicitud fue firmada.
19. **Firma de autoridad médica:** Firma de la autoridad médica quien está solicitando alimentos especiales o acomodo médico para el participante.
20. **Nombre en letra de molde:** Escriba con letra de molde el nombre de la autoridad médica.
21. **Teléfono:** Número telefónico de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que esta solicitud fue firmada por la autoridad médica.

*Definiciones:

"Una persona con discapacidad" se define como alguien que tiene un impedimento físico o mental que le limita en gran parte una o más actividades vitales mayores, tiene un archivo médico de dicho impedimento, o está considerado tener dicho impedimento.

"Impedimento físico o mental" quiere decir (a) cualquier condición o desorden psicológico, desfiguro cosmético, o pérdida anatómica que afecte uno o más de los sistemas corporales siguientes: neurológico; esquelético muscular; órganos especiales de los sentidos; respiratorio, incluyendo órganos de dicción; cardiovasculares; reproductivos, digestivos, genitales-urinarios; sanguíneo y linfáticos; cutáneo; endocrinólogo; o (b) cualquiera de los desórdenes mentales o psicológicos tales como son retraso mental, síndrome orgánico encefálico, emocional o enfermedad mental, y discapacidades específicas de aprendizaje.

"Actividades vitales mayores" son aquellas que nos permiten nuestro aseo personal, llevar a cabo tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

"Tiene un archivo médico de dicho impedimento" quiere decir que el participante tiene un historial de, o ha sido identificado (o mal identificado) con un impedimento físico o mental que limite en gran parte una o más actividades vitales mayores.

(*Citas provienen de la sección 504 de la ley Acta de Rehabilitación de 1973)