

2017-18 DECLARACION MEDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Nombre de la escuela	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar	
4. Nombre del alumno		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Discapacidad, enfermedad o trastorno del participante por el que se requiere comida especial o una adaptación:			
9. Dieta prescrita o adaptación (describa en detalle para asegurar su implementación):			
10. Indique la textura de los alimentos para el participante mencionado:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Los alimentos que deben excluirse y sus sustituciones: (Enumere los alimentos específicos que deben excluirse y las sustituciones sugeridas. Puede adjuntar una hoja con información adicional según sea necesario)			
Alimentos que deben excluirse		Sustituciones sugeridas	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma de una autoridad médica reconocida*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

*Para este fin, una autoridad médica reconocida en California es un médico con licencia, un auxiliar de médico o un enfermero/a practicante.
 La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, temor a represalias y, según corresponda, creencia política, estado civil, condición familiar o paternal, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación de acuerdo con el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, (los sitios web están en inglés) o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al 202-690-7442 o por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339; o al 800-845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

- Nombre de la escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
- Nombre del lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas (por ejemplo, escuela, guardería o centro de cuidado infantil).
- Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas. Vea el punto 2.
- Nombre del alumno:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
- Edad del participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
- Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
- Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el teléfono del padre, madre o tutor.
- Discapacidad, enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación:** Describa la enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación (por ejemplo, diabetes juvenil o alergia a los cacahuates, etc.).
- Dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por una autoridad médica reconocida.
- Indique la textura:** Marque (✓) una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere.
Si el participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
- A. Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
B. Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
- Equipo de adaptación:** Describa el equipo específico necesario para ayudar a los participantes a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
- Firma de la autoridad médica reconocida:** Firma de la autoridad médica que solicita las comidas especiales o la adaptación.
- Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la autoridad médica.
- Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
- Fecha:** Fecha en la que la autoridad médica firmó el formulario.

Citas extraídas del artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:

Una persona con discapacidad se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades principales de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

Se han añadido **funciones corporales principales** a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

"Tiene un historial de tal impedimento" significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o mal clasificado) como que tiene tal impedimento.