

## **Declaración Médica para Solicitar Comidas Especiales o Acomodaciones**

**Información de la Escuela o Plantel**

Nombre de Escuela o Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Plantel: \_\_\_\_\_

Teléfono del Plantel: \_\_\_\_\_

**Información del Niño/Partícipe**

Nombre del Niño/Partícipe: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Descripción de la Deficiencia Física o Mental Afectada del Niño/Partícipe:**

**Explicación de la Dieta Recetada o Acomodación para Asegurar Aplicación Adecuada:**

**Indicar la Textura de Comida para el Niño o Partícipe Indicado Arriba:**

Regular     Picado     Triturado     Puré

**Comidas a Omitir:**

**Sustituciones Apropriadas Sugeridas:**

**Equipo Adaptivo a Usar:**

**Firma del Profesional de Sanidad Licenciado por el Estado** (Por este propósito, un profesional de sanidad licenciado por el estado es un médico autorizado, un médico auxiliar, o una enfermera especializada):

**Nombre Escrito:**

**Fecha:**

**Número de Teléfono:**

## **Declaración de No Discriminación del Departamento de Agricultura de los EEUU**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de los EEUU - *U.S. Department of Agriculture* (USDA siglas en inglés) las regulaciones de derechos civiles y pólizas, se prohíbe el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, e instituciones partícipes en o administrando los programas del USDA discriminar según raza, color de piel, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia por actividades de derechos civiles previos en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

Personas con discapacidades que requieren métodos alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, fuente grande, Cinta Magnetofónica, Lengua de Señas Americana, etc.), deberían ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la cual solicitaron los beneficios. Individuos que son sordos, que tienen dificultades al oír, o con discapacidades al hablar pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión - *Federal Relay Service* al 800-877-8339. Además, información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte de inglés.

Para poner una queja de discriminación contra el programa, rellene el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa de USDA - *USDA Program Discrimination Complaint Form*, (AD-3027) ubicado en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y aporte en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al 866-632-9992. Entregue su formulario completado o su carta al USDA a través de:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for  
Civil Rights 1400 Independence  
Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
2. Fax: 202-690-7442
3. Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución brinda igualdad de oportunidad en el empleo.

### Instrucciones

1. **Escuela o Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que está aportando el formulario al padre.
2. **Plantel:** Escriba el nombre del plantel donde se servirán las comidas.
3. **Número del Teléfono del Plantel:** Escriba el número de teléfono del plantel donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del Niño o Partícipe:** Escriba el nombre del niño o partícipe al cual la información le pertenece.
5. **Edad del Niño o Partícipe:** Escriba la edad del niño o partícipe (para bebés, por favor utilice la fecha de nacimiento).
6. **Nombre del Padre o Tutor legal:** Escriba el nombre de la persona solicitando la declaración médica del niño o partícipe.
7. **Número del Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor legal.
8. **Descripción de la Deficiencia Física o Mental Afectada del Niño o Partícipe:** Describe cómo la deficiencia física o mental impide la dieta del niño o partícipe.
9. **Explicación de la Dieta Recetada o Acomodación para Asegurar Aplicación Adecuada:** Describe la dieta específica o acomodación que ha sido recetado por el profesional de sanidad estatal.
10. **Indicar la Textura:** Si el niño o partícipe no necesita ninguna modificación, marque **Regular**.
11. **Comidas a Omitir:** Enumerar comidas específicas que se deben omitir (por ejemplo, excluir leche líquida).
12. **Sustituciones Sugeridas:** Enumerar comidas específicas a incluir en la dieta (por ejemplo, jugo con fortificación de calcio).
13. **Equipo Adaptivo a Usar:** Describe el equipo en específico necesario para ayudar al niño o partícipe con el cenar (por ejemplo, vasito para sorber, cuchara con asa grande, muebles con accesibilidad de silla de ruedas, etc.).
14. **Firma del Profesional de Sanidad Licenciado por el Estado:** Firma de un profesional de sanidad licenciado por el estado solicitando la comida especial o acomodación.
15. **Nombre Escrito:** Escriba el nombre del profesional de sanidad licenciado por el estado.
16. **Número de Teléfono:** Número de teléfono del profesional de sanidad licenciado por el estado.
17. **Fecha:** Fecha que el un profesional de sanidad licenciado por el estado firmó el documento.

**Citaciones pertenece a la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, Acta de Americanos con Discapacidades (ADA siglas en inglés) de 1990, y el Acta Enmienda de ADA de 2008:**

Se define **a una persona con una discapacidad** como cualquier persona que tiene una deficiencia física o mental lo cual limita considerablemente una o más actividades principales de la vida, tiene archivado tal deficiencia, o se considera teniendo una deficiencia.

**Deficiencia física o mental** significa (a) cualquier trastorno fisiológico o condición, desfiguramiento cosmético, o pérdida anatómica afectando uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; esqueleto - muscular; órganos sensoriales especiales; respiratorio; dictación; órganos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, urogenital; hemático y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, tal y como discapacidad intelectual, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental, y ciertas discapacidades de aprendizaje.

**Actividades Principales de la vida** incluyen, pero no se limitan a, cuidar de sí mismo, ejercer manualidades, la vista, la audición, el comer, el dormir, el caminar, el pararse, levantar algo, doblarse, el hablar, la respiración, el aprendizaje, la lectura, concentrarse, el pensar, la comunicación, y el trabajar.

**Se han añadido funciones corporales principales** a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del Sistema inmunológico; desarrollo normal de células; y funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicos, cerebrales, respiratorios, circulatorios, endocrinos, y reproductivos.