

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

|  |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|-----------|---|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Nombre de la escuela o agencia  | 2. Nombre del lugar               | 3. Teléfono del lugar         |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 4. Nombre del niño o adulto participante   |                                   | 5. Edad o fecha de nacimiento |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 6. Nombre del padre, madre o tutor   |                                   | 7. Teléfono                   |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p><b>8. Marque una opción:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad, enfermedad o trastorno y <b>requiere</b> comida especial o una adaptación. (Consulte las definiciones en el reverso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben acceder a las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación.</p> <p><input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero solicita comida especial o una adaptación debido a que tiene una intolerancia alimentaria o por otras razones médicas. Especificar preferencias alimentarias no es un uso adecuado de este formulario. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a aceptar las solicitudes razonables.</p> <p><b>Un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermero/a practicante debe firmar este formulario.</b></p> |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 9. Discapacidad, enfermedad o trastorno del participante por el que se requiere comida especial o una adaptación:  |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 10. Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por dicha discapacidad:   |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 11. Dieta prescrita o adaptación (describa en detalle para asegurar su implementación-use páginas extras según sea necesario):   |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p>12. Indique la textura de los alimentos para el participante mencionado:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Normal                  <input type="checkbox"/> Picada                  <input type="checkbox"/> Molida                  <input type="checkbox"/> Puré         </p>  |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <p>13. 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)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"><b>A. Alimentos que deben excluirse</b></td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"><b>B. Sustituciones sugeridas</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>  |                                   |                               |           | <b>A. Alimentos que deben excluirse</b> | <b>B. Sustituciones sugeridas</b> | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <b>A. Alimentos que deben excluirse</b>  | <b>B. Sustituciones sugeridas</b> |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____  | _____                             |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____  | _____                             |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____  | _____                             |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____  | _____                             |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 14. Equipo de adaptación que se debe usar:   |                                   |                               |           |   |                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 15. Firma de una autoridad médica reconocida*  | 16. Nombre en letra de imprenta   | 17. Teléfono                  | 18. 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](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](mailto: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

1. **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.
2. **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).
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas. Vea el punto 2.
4. **Nombre del participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Marque una opción:** Marque (✓) una casilla para indicar si el participante tiene una discapacidad o no.
9. **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.).
10. **Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por dicha discapacidad:** Describa cómo el impedimento físico, trastorno o enfermedad afecta la discapacidad (por ejemplo, la alergia al cacahuete provoca una reacción que puede ser mortal).
11. **Dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por una autoridad médica reconocida.
12. **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".
13. **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).
14. **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).
15. **Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita las comidas especiales o la adaptación.
16. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la autoridad médica.
17. **Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
18. **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.