

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela	2. Nombre del Lugar	3. Telefono del Lugar																	
4. Nombre del niño / niña		5. Edad del niño / niña																	
6. Nombre de Padres o Tutor		7. Numero de Telefono																	
8. Descripcion Fisica y Mental del niño / niña Afectada:																			
9. Explicacion de la Dieta y / o Adaptaciones para Asegurar los Implementos Apropriados:																			
10. Indique la Textura de los Alimentos para el participante mencionado:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span><input type="checkbox"/> Regular</span> <span><input type="checkbox"/> Picada</span> <span><input type="checkbox"/> Molida</span> <span><input type="checkbox"/> Puré</span> </div>																			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones:  <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; border: none;">Alimentos que deben Omitirse</th> <th style="width: 50%; text-align: center; border: none;">Sustituciones Sugeridas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border: none;">_____</td><td style="border: none;">_____</td></tr> </tbody> </table>				Alimentos que deben Omitirse	Sustituciones Sugeridas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Alimentos que deben Omitirse	Sustituciones Sugeridas																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
12. Equipo de adaptación que se debe usar:																			
13. Firma de Autoridad Médica Reconocida	14. Nombre en Letra Imprenta	15. Numero de Telefono	16. Fecha																

**\*Para este propocito, un profesional de la salud con licencia en el estado de California es un doctor con licencia, un asistente de doctor, o un practicante de enfermeria.**

**La informacion en esta forma debe ser actualizada para reflexionar las necesidades medicas y/o nutricionales del participante.**

De conformidad con la ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y politicas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puedenproporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminacion del Programa del USDA, (AD-3027) que esta disponible en linea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la informacion solicitada en el formulario de denuncia, llame al (866) 632-992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por correo: U.S.Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta Institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES

1. **Escuela:** Escriba el nombre de la escuela que le proporcione la forma al padre.
2. **Lugar:** Escriba el nombre del lugar donde se servirán los alimentos.
3. **Numero de Telefono del Lugar:** Escriba el numero de telefono del lugar donde se servirán los alimentos.
4. **Nombre del niño/niña:** Escriba el nombre del niño/niña de quien la información esta relacionado.
5. **Edad del niño / niña:** Escriba la edad del niño/niña .
6. **Nombre de Padres o Tutor:** Escriba el nombre de la persona exigiendo la declaración medica del niño/niña.
7. **Numero de Telefono:** Escriba el numero de telefono de los padres o tutor.
8. **Descripcion Fisica y Mental del niño/niña Afectada:** Describa como la discapacidad fisica o mental le restringen la dieta del niño/niña .
9. **Explicacion de la Dieta y / o Adaptaciones para Asegurar los Implementos Apropriados:** Describa una dieta especifica o adaptaciones que son recetados por un profesional de la salud del estado.
10. **Indique Textura:** Si el participante no necesita ninguna modificacion, marque "Regular".
11. **Alimentos Omitidos:** Liste comidas especificas que se deben omitir (e.g., excluya leche liquida).  
**Sustituciones Sugeridas:** Liste comidas especificas para incluir en la dieta (e.g., calcio- jugo fortificado).
12. **Equipo de adaptacion que se debe usar:** Describa equipo especifico requerido para asistir al niño/niña con la comida (e.g., taza sippy, cuchara con agarradera grande, mueble accesible para silla de ruedas, etc.).
13. **Firma del Professional de Salud con Licensia del Estado:** Firma del profesional de salud con licencia del estado exigiendo los alimentos especiales o adaptaciones.
14. **Nombre en Letra Imprenta:** Escriba en letra imprenta el nombre del profesional de salud con licencia del estado.
15. **Numero de Telefono:** Numero de telefono del profesional de salud con licencia del estado.
16. **Fecha:** Fecha de la fima del profesional de salud con licencia del estado.

### **Citaciones son de Seccion 504 de la Rehabilitation Act de 1973, Americanos con Discapacidades Act (ADA) de 1990, and ADA Amendment Act de 2008:**

**Una persona con una discapacidad** es definida como cualquier persona quien tiene una discapacidad fisica o mental que sustancialmente le limita una o mas de las actividades mayores de la vida, tiene discapacidad registrada, o es considerado que tiene tal discapacidad.

**Discapacidad fisica o mental** significa (que) cualquier condicion o desorden psicologico, desfiguracion cosmetica, o perdida anatomica afectando uno o mas de los siguientes sistema del cuerpo : neurologico; musculoesqueletico; órganos sensoriales especiales; respiratorio; abla; organos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genito-urinario; linfoma hematico ; piel; y endocrinologia; o (b) cualquier desorden psicologico o mental, como retraso mental, síndrome cerebral organico, enfermedad emocional o mental, y discapacidades especificas de language.

**Actividades principales de la vida** incluye, pero no es limitado al, cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, en pie, levantar, doblar, ablar, respirar, aprender, lear, concentrarse, pensar, comunicacion, y trabajar.

**Funciones principales de la vida** se an agregado a las actividades principales de la vida y incluyen las funciones del sistema inmuno; crecimiento celular normal; y digestivo, intestino, vejiga, neurologico, cerebro, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivos.

**"Tiene registracion de tal discapacidad"** significa que la persona tiene, o a sido classificado (o classificado incorrectamente) o tenido, una historia de discapacidad mental o física que sustancial mente limita una o mas actividades de la vida principal.