

**Distribute to:**

DO / Nutrition Services     School Office / Cum File     Kitchen Manager

**DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR  
 COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES**

1. Nombre de la agencia o escuela		2. Nombre del lugar		3. Número de teléfono del lugar											
4. Nombre del participante				5. Edad o fecha de nacimiento											
6. Nombre del padre, madre o tutor				7. Número de teléfono											
<p><b>8. Marque una opción:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad, enfermedad o trastorno y <i>requiere</i> 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. <b>Un médico con licencia debe firmar este formulario.</b></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. Un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermera practicante debe firmar este formulario.</p>															
9. Discapacidad, enfermedad o trastorno 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: ( <i>por favor descríbala en detalle para asegurar una implementación adecuada-utilice páginas adicionales según sea necesario</i> )															
<p><b>12. Indique la textura:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normal                      <input type="checkbox"/> Picada                      <input type="checkbox"/> Molida                      <input type="checkbox"/> Puré</p>															
<p><b>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)</b></p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center"><b>A. Alimentos que deben excluirse</b></td> <td style="width:50%; text-align:center"><b>B. Sustituciones sugeridas</b></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</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:															
15. Firma del preparador*		16. Nombre con letra de imprenta		17. Número de teléfono											
19. Firma de la autoridad médica*		20. Nombre con letra de imprenta		21. Número de teléfono											
				18. Fecha											
				22. Fecha											

\* La firma del médico es necesaria en el caso de participantes con discapacidades. Para los participantes sin discapacidades, un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermera practicante debe firmar el formulario.

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante. De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar por razones de raza, color de piel, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con discapacidades auditivas o del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

### 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 comunitario).
3. **Número de 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 o fecha de nacimiento:** 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. **Número de teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de 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 potencialmente fatal".
11. **Dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un médico, o describa la modificación a la dieta que se solicita debido a una enfermedad o trastorno que no causa discapacidad. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben estar en forma líquida o puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido".
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. (Los ejemplos pueden incluir una taza con pajilla, una cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma del preparador:** Firma de la persona que llenó el formulario.
16. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la persona que llenó el formulario.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que llenó el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en la que el preparador firmó el formulario.
19. **Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptación.
20. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la autoridad médica.
21. **Número de teléfono:** Teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

### DEFINICIONES\*:

“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, incluidos 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.

**“Tiene un historial de tal impedimento”** se define como tener un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o haber sido clasificado (o mal clasificado) como que tiene tal impedimento.

(\*Citas extraídas del artículo 504 de la Ley de Rehabilitación [Rehabilitation Act] de 1973 y de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades [Americans with Disabilities Act] de 1990)

***[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***

MJUSD COMIDAS ESPECIALES/ EPI-PEN REQUIERE FORMA



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

**SI a cualquiera de las siguiente preguntas, la solicitud de Comidas Especiales y esta forma necesita fax ala oficina de las enfermeras escolar del distrito 530-741-7850**

1) ¿Ha tenido su hijo una reacción potencialmente mortal a su alergia alimentaria (que pusiste en la solicitud de Comidas Especiales)?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2) ¿Tiene su hijo un epi-pen para su alergia alimentaria?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Padres: \_\_\_\_\_

Fax a la enfermera del distrito por: (nombre persona de oficina) \_\_\_\_\_

Fecha del fax: \_\_\_\_\_