

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS Y/O MODIFICACIONES ESPECIALES

1. Escuela	2. Nombre del plantel	3. Número telefónico del plantel	
4. Nombre del niño		5. Edad del niño	
6. Nombre del padre o tutor legal		7. Número telefónico	
8. Descripción de la discapacidad física o mental afectada del niño:			
9. Explicación de la receta y/o modificación de dieta para asegurarse de la implementación correcta:			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño antedicho:			
<input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> picada <input type="checkbox"/> molida <input type="checkbox"/> hecho puré			
11. Alimentos para omitirse y sustituciones apropiadas:			
Alimentos que omitirse		Sustituciones sugeridas	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo adaptivo para usarse:			
13. Firma de un profesional de atención sanitaria autorizado por el estado*	14. Nombre en letra de molde	15. Número telefónico	16. Fecha

***Para este fin, un profesional de atención sanitaria autorizado en California es un médico autorizado, un médico auxiliar o un enfermero con práctica médica.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las corrientes necesidades médicas y/o alimenticias del participante.

De acuerdo con la leyes de derechos civiles federales y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones participando en o administrando los programas del USDA discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o retaliación por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades quienes requieren medios alternativos de comunicación para información del program (p.ej. braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben contactar a la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Los individuos quienes son sordos, tienen discapacidades auditivas o tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal en el (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede hacerse disponible en idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación respecto al program, rellene el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra por Internet en el: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y provee en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Presente su carta o formulario relleno al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o envíe un mensaje de correo electrónico al: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela:** Escriba en letra de molde el nombre de la escuela que está brindando el formulario al padre.
2. **Plantel:** Escriba en letra de molde el nombre del plantel escolar donde se sirven las comidas.
3. **Número telefónico del plantel:** Escriba en letra de molde el número telefónico del plantel dónde se servirá la comida.
4. **Nombre del niño:** Escriba en letra de molde el nombre del niño a quien le pertenece la información.
5. **Edad del niño:** Escriba en letra de molde la edad del niño.
6. **Nombre del padre o tutor legal:** Escriba en letra de molde el nombre de la persona solicitando la declaración médica del niño.
7. **Número telefónico:** Escriba en letra de molde el número telefónico del padre o tutor legal.
8. **Descripción de la discapacidad física o mental afectada del niño:** Describa cómo la discapacidad física o mental restringe la dieta del niño.
9. **Explicación de la receta o modificación de dieta para asegurarse de la implementación correcta:** Describa una dieta o modificación específicas que se han recetado por el profesional de atención sanitaria estatal.
10. **Indique la textura:** Si el partícipe no necesita ninguna modificación, marque "regular".
11. **Alimentos para omitirse:** Enumere alimentos específicos que deben omitirse (p.ej., excluir leche fluida).
Sustituciones sugeridas: Enumere alimentos específicos para incluirse en la dieta (p.ej., jugo enriquecido con calcio).
12. **Equipo adaptivo para usarse:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño comer (p.ej., un vasito para niños, cuchara con mango grande, muebles accesibles a sillas de ruedas, etc.).
13. **Firma de un profesional de atención sanitaria autorizado por el estado:** Firma del profesional de atención sanitaria autorizado por el estado solicitando la comida o modificación especiales.
14. **Nombre en letra de molde:** Escriba en letra de molde el nombre del profesional de atención sanitaria autorizado por el estado.
15. **Número telefónico:** Número telefónico del profesional de atención sanitaria autorizado por el estado.
16. **Fecha:** Fecha que el profesional de atención sanitaria autorizado por el estado firmó el formulario.

Las citas son del Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y Enmienda de la Ley ADA de 2008:

Se define a una **persona con discapacidades** como cualquier persona que tiene una discapacidad física o mental la cual sustancialmente limita una actividad principal vital o más, tiene documentación de tal discapacidad o se le considera tener tal discapacidad.

Una discapacidad física o mental significa (a) cualquier enfermedad o trastorno fisiológicos, desfiguración cosmética o pérdida anatómica afectando uno de los siguientes sistemas corporales o más: neurológico; musculoesquelético; de órganos sensoriales especiales; respiratorio; de habla; de órganos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hemático y linfático; de piel, y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, tales como retardación mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades principales vitales incluyen, pero no se limitan a, cuidarse de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Funciones fisiológicas principales se han agregado a actividades principales vitales e incluyen las funciones del sistema inmune; crecimiento normal de células; y las funciones digestivas, de los intestinos, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

"Tiene documentación de tal discapacidad" significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o incorrectamente clasificada) de tener, un historial de una discapacidad mental o física que sustancialmente limita una actividad principal vital o más.