



EGUSD SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN DECLARACIÓN MÉDICA

SUSTITUCIONES Y/OACOMODACIONES DE ALIMENTOS

1. ESCUELA/AGENCIA EGUSD		2. ESCUELA/LOCALIDAD		3. NÚMERO DE TELÉFONO	
4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE			5. EDAD O FECHA DE NACIMIENTO		
6. NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN			7. NÚMERO DE TELÉFONO		
8. MARQUE UNA CASILLA:					
<input type="checkbox"/> El participante tiene una incapacidad o condición médica y requiere un alimento especial o acomodación. (Vea las definiciones al reverso de esta forma.) Escuelas o agencias participando en programas nutricionales federales deben cumplir con las peticiones de alimentos especiales y con cualquier equipo adaptivo. Un doctor con credencial debe firmar esta forma.					
<input type="checkbox"/> El participante no tiene una incapacidad y tendrá limitaciones en algunos alimentos que él/ella pueda consumir. El Departamento de Servicios de de Alimentos y Nutrición de EGUSD se esmerarán en acomodar peticiones razonables y notificará el personal de la cafetería de la escuela/localidad sobre las restricciones o limitaciones debido a intolerancia(s) a alimentos o razones médicas. Esta forma no es apropiada para ser usada para las preferencias a alimentos. Un doctor acreditado, asistente de doctor, o enfermera registrada debe firmar esta forma.					
9. INCAPACIDAD O CONDICIÓN MÉDICA REQUIRIENDO SUSTITUCIÓN O ACOMODACIÓN DE ALIMENTO:.					
10. SI EL PARTICIPANTE TIENE UNA INCAPACIDAD, PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD QUE AFECTA MAYORMENTE LA VIDA DEL PARTICIPANTE:.					
11. PRESCRIPCIÓN DE DIETA Y/O ACOMODACIÓN: (POR FAVOR DESCRIBA DETALLADAMENTE PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN APROPIADA):					
12. INDIQUE TEXTURA:					
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cortada en trozos <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré					
13. ALIMENTOS A SER OMITIDOS Y SUSTITUCIONES (POR FAVOR ESPECIFIQUE ALIMENTOS A SER OMITIDOS Y SUSTITUCIONES SUGERIDAS. USTED PUEDE INCLUIR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL)					
A. Alimentos A Ser Omittidos			B. Sustituciones Sugeridas		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
14. EQUIPO ADAPTIVO :					
15. FIRMA DEL PREPARADOR*		16. NOMBRE IMPRESO		17. NÚMERO DE TELÉFONO	
19. FIRMA DE LA AUTORIDAD MÉDICA*		20. NOMBRE IMPRESO		21. NÚMERO DE TELÉFONO	
				22. FECHA	

* La firma del doctor es requerida para los participantes con una incapacidad. Para participantes sin ninguna incapacidad, un doctor acreditado, un asistente de doctor, o una enfermera registrada deben firmar esta forma.

La información en esta forma debe ser actualizada para reflejar la condición médica o necesidad nutricional más reciente del participante.

De acuerdo a la ley federal y la norma del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta agencia prohíbe la discriminación en contra de alguna persona de acuerdo al color de la piel, raza, origen nacional, género, edad, o incapacidad. Para someter una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor de oportunidades y empleador equitativo.

PETICIÓN PARA LA DECLARACIÓN MÉDICA SUSTITUCIÓN DE ALIMENTOS Y/O ACOMODACIONES

INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia:** Escriba con letra impresa el nombre de la escuela o agencia que proporciona la forma al padre.
2. **Localidad:** Escriba con letra impresa el nombre de la localidad donde los alimentos serán servidos (eje: escuelas, cuidado infantil, centro comunitario, etc.)
3. **Número de Teléfono de la Localidad:** Escriba el número de teléfono de la localidad donde los alimentos serán servidos. Vea #2.
4. **Nombre del Participante:** Escriba con letra impresa y la información con el nombre del niño o adulto participando.
5. **Edad del Participante:** Escriba la edad del participante. Para infantes, use la Fecha de Nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Guardián:** Escriba con letra impresa el nombre de la persona solicitando la declaración médica del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o guardián.
8. **Marque Una:** Marque (✓) en la casilla indicando si el participante tiene una incapacidad o no tiene ninguna.
9. **Incapacidad o Condición Médica Requiriendo un Alimento Especial o Acomodación:** Describa la condición médica que requiera un alimento especial o acomodación (eje: diabetes juvenil, alergia a cacahuates, etc.)
10. **Si el participante tiene una Incapacidad, él/ella Proporciona una Descripción breve de la Incapacidad Afectando la Actividad Mayor de la Vida Diaria:** Describa como la condición física o médica es afectada por la incapacidad. Por ejemplo: "Alergia a los cacahuates causa una reacción alérgica que arriesga la vida."
11. **Receta de Dieta y/o Acomodaciones:** Describa una dieta específica o acomodación que haya sido recetada por un doctor, o describa la modificación de la dieta solicitada para una condición que no incapacite. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben ser líquidos o en puré. El participante no puede tomar ningún alimento sólido."
12. **Indique Textura:** Marque (✓) en la casilla indicando la textura del alimento que es requerido. Si el participante no necesita modificación, marque "Regular."
13. **A. Alimentos a Ser Omitidos:** Liste alimentos que deben ser omitidos en la dieta. Por ejemplo: "excluya leche en forma líquida."
B. Sustituciones Sugeridas: Liste alimentos específicos a ser incluidos en la dieta. Por ejemplo: "leche de soya."
14. **Equipo Adoptado:** Describa equipo específico requerido para asistir al participante durante la alimentación. (Ejemplos: puede incluir una taza con tapa y popote para beber, cuchara grande, muebles de acceso a silla de ruedas, etc.)
15. **Firma del Preparador:** Firma de la persona completando esta forma.
16. **Nombre Letra Impresa:** Escriba el nombre de la persona completando esta forma.
17. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la persona completando esta forma.
18. **Fecha:** Fecha en la cual esta forma es terminada.
19. **Firma de Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica solicitando el alimento especial o acomodación.
20. **Letra Impresa:** Nombre, letra impresa, de la autoridad médica.
21. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en la cual la autoridad médica firmó esta forma.

DEFINICIONES*:

"Una Persona con Incapacidad" es definida como una persona que tiene una incapacidad física o mental la cual limita sustancialmente una o más de las actividades mayores de la vida diaria, tiene un récord de tal incapacidad, o es considerada como tal incapacidad.

"Incapacidad física o mental" significa (a) un desorden o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica afectando uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; músculo-esqueleto; órganos de los sentidos especiales; órganos incluyendo del habla/discurso; cardiovascular; reproductivos; digestivo; genitourinario; sanguíneo – linfático; piel; o (b) cualquier desorden mental o psicológico, tal como retraso mental, síndrome orgánico del cerebro, enfermedades emocionales o mentales, y cualquier incapacidad de aprendizaje.

"Actividades mayores de vida diaria" son funciones tales como cuidarse a sí mismo, realizando habilidades manuales, caminando, viendo, oyendo, hablando, respirando, aprendiendo, y trabajando.

"Tiene un récord de tal incapacidad" es definido como teniendo un historial de, o haya sido clasificado (o no clasificado) como teniendo una incapacidad mental o física que sustancialmente limita una o más de las actividades mayores de la vida diaria.

(*Citaciones de la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973)