

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del Sitio	3. Teléfono del Sitio	
4. Nombre del niño/a o adulto participante		5. Edad o Fecha de Nacimiento	
6. Nombre de Padres, o Guardián		7. Número de Teléfono	
8. Descripción de la discapacidad física o mental afectada del niño o del participante:			
9. Explicación de la dieta recetada o adaptación para asegurar una implementación adecuada:			
10. Indique la textura de las comidas para el niño o participante mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Comidas que deben omitirse y sustituciones apropiadas:			
Comidas que deben omitirse		Sustituciones sugeridas	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia estatal	14. Nombre en Molde	15. Número de Teléfono	16. Fecha

***Para este propósito, una autoridad médica reconocida en California es un médico con licencia, un asistente médico o un enfermero practicante.**

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

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. 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. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: 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 correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que le esta proporcionó el formulario a los padre/s.
2. **Sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas (sitio de escuela, centro de cuidado de niños, etc.)
3. **Teléfono del sitio:** Escriba el número de teléfono del sitio en que se servirán las comidas. (Mire la #2)
4. **Nombre del participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del participante:** Escriba la edad del participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre de padre/s o Guardián:** Escriba el nombre de la persona solicitando la declaración médica del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono de los padres o Guardián.
8. **Descripción de la discapacidad física o mental afectada del niño o del participante:**
Describa cómo la discapacidad física o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta recetada o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido recetada por un profesional de la salud del estado.
10. **Indique la textura de las comidas:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Regular".
11. **Comidas que deben Omitirse:** Indique las comidas específicas que deben omitirse (ejemplo, excluir la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Liste las comidas específicas para incluir en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo adaptivo que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles accesibles para silla de ruedas).
13. **Firma del profesional de salud con licencia estatal:** Firma del profesional de salud con licencia estatal que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre:** Nombre del profesional de la salud con licencia estatal.
15. **Número de Teléfono:** Número de teléfono del profesional de salud con licencia estatal.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia estatal firmó el formulario.

Citas extraídas de la sección 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; musculo esquelético; 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.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el 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 clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.