

DECLARACIÓN MÉDICA PARA LA SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES Y ADAPTACIONES

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|---|-----------|---------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. ESCUELA/AGENCIA | 2. ESTABLECIMIENTO | 3. NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO | | | | | | | | | | | |
| 4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE | | 5. EDAD O FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | | | | | |
| 6. NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR | | 7. NÚMERO DE TELÉFONO | | | | | | | | | | | |
| <p>8. ELIJA UNA OPCIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene alguna discapacidad o enfermedad y <i>necesita</i> comida especial o adaptaciones (consulte las definiciones al reverso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben responder las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. Un médico autorizado debe firmar este formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero solicita comida especial o alguna adaptación debido a que tiene alguna intolerancia alimenticia u otras razones médicas. El propósito de este formulario no es especificar preferencias alimenticias. Se promueve que las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición acepten las solicitudes que sean razonables. Un médico autorizado, asistente de médico o enfermera matriculada debe firmar este formulario.</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 9. DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD QUE REQUIERA COMIDA ESPECIAL O ADAPTACIÓN: | | | | | | | | | | | | | |
| 10. SI EL PARTICIPANTE TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD, PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE SU VIDA QUE SE VEN AFECTADAS POR LA DISCAPACIDAD: | | | | | | | | | | | | | |
| 11. DIETA PRESCRITA O ADAPTACIÓN : (POR FAVOR DESCRÍBALA DETALLADAMENTE PARA ASEGURAR UNA IMPLEMENTACIÓN ADECUADA) | | | | | | | | | | | | | |
| <p>12. INDIQUE LA TEXTURA:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré </p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>13. ALIMENTOS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUS SUSTITUCIONES: (ENUMERE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUGIERA SUSTITUCIONES. PUEDE ADJUNTAR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">A. Alimentos que deben omitirse</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">B. Sustituciones sugeridas</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table> | | | | A. Alimentos que deben omitirse | B. Sustituciones sugeridas | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| A. Alimentos que deben omitirse | B. Sustituciones sugeridas | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | | | | | | | | | | | | |
| 14. EQUIPO DE ADAPTACIÓN: | | | | | | | | | | | | | |
| 15. FIRMA DE QUIEN PREPARA* | 16. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA | 17. NÚMERO DE TELÉFONO | 18. FECHA | | | | | | | | | | |
| 19. FIRMA DE LA AUTORIDAD MÉDICA* | 20. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA | 21. NÚMERO DE TELÉFONO | 22. FECHA | | | | | | | | | | |

* Para participantes con alguna discapacidad, se requiere la firma del médico. Para participantes sin discapacidades, un médico autorizado, asistente de médico o enfermera matriculada debe firmar el formulario.

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

De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar en función de la raza, el color, el país de origen, el sexo, la edad o la discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al 866-632-9992 (correo de voz). Las personas con impedimentos auditivos o discapacidades en el habla pueden contactar al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) a través del Servicio Federal de Relevos al 800-877-8339 o al 800-845-6136 (en español).

DECLARACIÓN MÉDICA PARA LA SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES Y ADAPTACIONES

INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia:** escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Establecimiento:** escriba con letra de imprenta el nombre del establecimiento en el que se servirán las comidas (por ejemplo: plantel escolar, guardería infantil, centro comunitario, etc.).
3. **Número de teléfono del establecimiento:** escriba con letra de imprenta el número de teléfono del establecimiento en el que se servirá la comida. Ver N.º 2.
4. **Nombre del participante:** escriba con letra de imprenta el nombre del niño o del adulto participante al que corresponde la información.
5. **Edad del participante:** escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para menores, 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, la madre o el tutor.
8. **Elija una opción:** marque (✓) un cuadro para indicar si el participante tiene alguna discapacidad o no.
9. **Discapacidad o enfermedad que requiere comida especial o adaptación:** describa la enfermedad que requiere comida especial o adaptación (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia al cacahuate, etc.).
10. **Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por la discapacidad:** describa cómo la enfermedad o condición física afecta la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia al cacahuate, provoca una reacción que puede poner en peligro la vida".
11. **Dieta prescrita o adaptación:** describa una dieta o adaptación específica que le ha prescrito un médico o describa las modificaciones a la dieta solicitadas debido a una enfermedad que no ocasiona discapacidad. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben presentarse en forma líquida o puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido".
12. **Indicar textura:** marque (✓) un cuadro para indicar el tipo de textura de comida que se solicita. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Normal".
13. **A. Alimentos que se deben omitir:** enumere los alimentos específicos que se deben omitir. Por ejemplo, "excluir leche líquida".
B. Sustituciones sugeridas: enumere los alimentos específicos que se deben incluir en la dieta. Por ejemplo, "jugo fortificado con calcio".
14. **Equipo de adaptación:** describa el equipo específico solicitado para ayudar al participante en la comida (los ejemplos pueden incluir un vaso entrenador, una cuchara con mango largo, muebles aptos para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma de quien prepara:** firma de la persona que completó el formulario.
16. **Nombre en letra de imprenta:** nombre en letra de imprenta de la persona que completó el formulario.
17. **Número de teléfono:** número de teléfono de la persona que completó el formulario.
18. **Fecha:** fecha en que firmó la persona que completó el formulario.
19. **Firma de la autoridad médica:** firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptación.
20. **Nombre en letra de imprenta:** nombre en letra de imprenta de la autoridad médica.
21. **Número de teléfono:** número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** fecha en que la autoridad médica firmó el formato.

DEFINICIONES*:

“Persona con discapacidades”: se define como cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que lo limita sustancialmente en una o más actividades principales de la vida, tiene un registro de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

“Impedimento físico o mental”: significa (a) cualquier trastorno fisiológico o enfermedad, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hemático y linfático; endocrino y de la piel; o (b) cualquier desorden mental o psicológico, como retraso mental, síndrome psiquiátrico de causa orgánica, enfermedad emocional o mental y discapacidades de aprendizaje específicas.

“Actividades principales de la vida”: son funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar.

“Tiene un registro de dicho impedimento”: se define como tener antecedentes de o haber sido clasificado (o mal clasificado) como con algún impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

(*Citas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973)

[As a form of assistance to schools, the CDE offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that users 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 local needs. Comments regarding the translation should be directed to the Clearinghouse for Multilingual Documents at cmd@cde.ca.gov.]