

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS Y/O ADAPTACIONES ESPECIALES

1. Escuela o Agencia	2. Nombre de Ubicación	3. Teléfono de Ubicación	
4. Nombre del Niño/a o Participante		5. Edad o Fecha de Nacimiento	
6. Nombre del Padre o Guardian		7. Número de Teléfono	
8. Descripción del Impedimento Físico o Mental del Niño/a o Participante Afectado:			
9. Explicación de la Prescripción de la Dieta y/o Alojamiento para Asegurar una Implementación Adecuada:			
10. Indique La Textura de los Alimentos Para el Niño/a o Participante Anterior Mencionado/a:			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picado <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Pure </div>			
11. Alimentos a Omitir y Sustituciones Apropriadas:			
Alimentos a Omitir		Sustituciones Sugeridas	
12. Equipo Adaptativo a Utilizar:			
13. Firma del Profesional de la Salud Autorizado Por el Estado*	14. Nombre en Letra Molde	15. Número de Teléfono	16. Fecha

*Para este propósito, un profesional de la salud con licencia estatal en California es un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera practicante.

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

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por correo: Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU., 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 de igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que proporciona el formulario a los padres.
2. **Sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Número de Teléfono del Sitio:** Escriba el número de teléfono del sitio donde se servirá la comida.
4. **Nombre del Niño/a o Participante:** Escriba el nombre del niño/a o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del Niño/a o Participante:** Escriba la edad del niño/a o participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Tutor:** Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño/a o participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Descripción del Impedimento Físico o Mental del Niño/a o del Participante Afectado:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño/a o del participante.
9. **Explicación de la Prescripción de la Dieta y/o Adaptaciones Para Garantizar Una Implementación Adecuada:** Describa una dieta o adaptaciones específicas que haya prescrito el profesional de atención médica estatal.
10. **Indicar Textura:** Si el niño/a o participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
11. **Alimentos que Deben Omitirse:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse (p. ej., excluya la leche líquida).
Sustituciones Sugeridas: Haga una lista de alimentos específicos para incluir en la dieta (p. ej., jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se usará:** describa el equipo específico que se requiere para ayudar al niño o participante a comer (p. ej., taza para sorber, cuchara con mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.).
13. **Firma del Profesional de la Salud Autorizado Por El Estado:** Firma del profesional de la salud autorizado por el estado que solicita la comida o el alojamiento especial.
14. **Nombre en Letra de Imprenta:** Nombre en letra de imprenta del profesional de la salud autorizado por el estado.
15. **Número de Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud autorizado por el estado.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud autorizado por el estado firmó el formulario.

Las Citas Son de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmienda de la ADA de 2008:

Una persona con una discapacidad se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene antecedentes de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos especiales de los sentidos; respiratorio; discurso; órganos; cardiovascular; reproductiva, digestiva, genitourinaria; hemático y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

Las principales actividades de la vida incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y laboral.

Las principales funciones corporales se han agregado a las principales actividades de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; crecimiento celular normal; y funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

"Tiene un registro de dicho impedimento" significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o clasificada erróneamente) como si tuviera, un historial de impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.