

Declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones

Formulario de declaración médica		
1. Escuela	2. Nombre del sitio	3. Teléfono del sitio
4. Nombre del niño/a		5. Edad o fecha de nacimiento
6. Nombre del padre/madre/tutor		7. Teléfono
8. Descripción del impedimento físico o mental del niño/a que afecta su alimentación:		
9. Explicación de la prescripción dietética y/o adaptación:		
10. Indique la textura de los alimentos para este niño/a: Normal Picado Molido En puré		
11. Equipo adaptativo a utilizar:		
12. Alimentos que se deben omitir y sustituciones apropiadas:		
Alimentos que se deben omitir		Sustituciones sugeridas
13. Firma* del dietista registrado (RD) o profesional de la salud con licencia estatal**		
14. Nombre en letra de molde	15. Teléfono	16. Fecha

*Este formulario también se considera válido con una firma digital certificada.

**Ahora se permite que los dietistas registrados (RD) completen y firmen una declaración médica por escrito para modificaciones de las comidas escolares debido a una discapacidad. El Departamento de Educación de California (CDE) también permite que los siguientes profesionales de la salud con licencia estatal completen y firmen una declaración médica por escrito para una discapacidad: médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeros practicantes (nurse practitioners).

Los padres o tutores legales que deseen solicitar solamente un sustituto de la leche líquida para adaptarse a la discapacidad de su hijo/a deben usar el formulario SNP 26 del CDE, Solicitud de los padres para la sustitución de la leche líquida para niños en edad escolar (Parental Request for a Fluid Milk Substitution for School-Age Children).

La información en este formulario debe reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del niño/a.

Instrucciones

1. **Escuela:** Escriba en letra de molde el nombre de la escuela que le entrega el formulario al padre, madre o tutor legal.
2. **Sitio:** Escriba en letra de molde el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Teléfono del sitio:** Escriba en letra de molde el número de teléfono del sitio donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño/a:** Escriba en letra de molde el nombre del niño/a al que corresponde la información.
5. **Edad del niño/a:** Escriba en letra de molde la edad del niño/a. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre/madre/tutor legal:** Escriba en letra de molde el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño/a.
7. **Teléfono:** Escriba en letra de molde el número de teléfono del padre, madre o tutor legal.
8. **Descripción del impedimento físico o mental del niño/a:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la alimentación del niño/a.
9. **Explicación de la prescripción dietética y/o adaptación:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por el dietista registrado (RD) o el profesional de la salud con licencia estatal.
10. **Indique la textura:** Si el niño/a no necesita ninguna modificación, marque Normal.
11. **Equipo adaptativo a utilizar:** Describa el equipo específico que se necesita para ayudar al niño/a a comer (por ejemplo, vaso entrenador, cuchara de mango grande, muebles accesibles para silla de ruedas, etc.).
12. **Alimentos que se deben omitir:** Anote los alimentos específicos que se deben omitir.
Sustituciones sugeridas: Anote los alimentos específicos que se deben incluir en la dieta.
13. **Firma del RD o profesional de la salud con licencia estatal:** Firma del dietista registrado (RD) o del profesional de la salud con licencia estatal que solicita la comida especial o la adaptación.
14. **Nombre en letra de molde:** Escriba en letra de molde el nombre del RD o del profesional de la salud con licencia estatal.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del RD o del profesional de la salud con licencia estatal.
16. **Fecha:** Fecha en que el RD o el profesional de la salud con licencia estatal firmó el formulario.

Definiciones

Discapacidad significa, con respecto a una persona, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicha persona; un historial de dicho impedimento; o ser considerado como una persona que tiene dicho impedimento.

Impedimento físico o mental significa cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración estética o pérdida anatómica que afecte uno o más sistemas del cuerpo, tales como: neurológico, musculoesquelético, órganos de los sentidos especiales, respiratorio (incluidos los órganos del habla), cardiovascular, reproductivo, digestivo, genitourinario, inmunológico, circulatorio, hemático, linfático, piel y endocrino; o cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas del aprendizaje.

Impedimento físico o mental incluye, entre otros, enfermedades y condiciones contagiosas y no contagiosas, tales como: impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y auditivos, y parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedad emocional, dislexia y otras discapacidades específicas del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (ya sea sintomática o asintomática), tuberculosis, adicción a las drogas y alcoholismo.

Las actividades principales de la vida incluyen, entre otras, cuidar de sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, sentarse, alcanzar, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicarse, relacionarse con otras personas y trabajar; y el funcionamiento de una función corporal principal.

Función corporal principal incluye el funcionamiento y las funciones del sistema inmunológico, los órganos de los sentidos especiales y la piel, el crecimiento celular normal, y los sistemas digestivo, genitourinario, intestinal, vesical, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hemático, linfático, musculoesquelético y reproductivo. El funcionamiento de una función corporal principal incluye el funcionamiento de un órgano individual dentro de un sistema del cuerpo.

Departamento de Agricultura de los Estados Unidos

Declaración de no discriminación

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, AD-3027, disponible en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en línea en "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA por:

1. correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax: 202-690-7442; o
3. correo electrónico: Program.Intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.