

**DECLARACIÓN MÉDICA PARA
 SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES**

1. Escuela	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar
4. Nombre del estudiante		5. Edad o fecha de nacimiento
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Núm. Telefónico
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del estudiante:		
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación:		
10. Indique la textura de los alimentos para el estudiante mencionado anteriormente: Normal Picada Molida Puré		
11. Equipo adaptativo para uso:		
12. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:		
Alimentos que deben excluirse	Sustituciones sugeridas	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
13. Firma del profesional de la salud con certificación estatal*		
14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

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

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

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del estudiante

INSTRUCCIONES

1. **Escuela:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela que le proporcionó el formulario al padre de familia/tutor.
2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del estudiante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del estudiante a quien pertenece la información.
5. **Edad del estudiante:** Escriba con letra de imprenta la edad del estudiante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre de familia/tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre de familia/tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del estudiante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del estudiante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos:** Si el estudiante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al estudiante a comer (por ejemplo, taza con popote, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas, etc.).
12. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse.
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta.
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

Definitions

Discapacidad significativa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo; un historial de tal impedimento o que se considere que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo, tal como: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio (incluidos los órganos del habla); cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; inmunitaria, circulatoria, hemática, linfática, cutánea y endocrina; o cualquier trastorno mental, o psicológico como discapacidad intelectual, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

Impedimento físico o mental incluye, entre otros, enfermedades contagiosas y no contagiosas, como las siguientes: impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y auditivos, parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedad emocional, dislexia y otros aprendizajes específicos de aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (sintomática o asintomática), tuberculosis, drogadicción y alcoholismo.

Actividades principales de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, sentarse, alcanzar, cargar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicar, interactuar con otros, y trabajar; y la operación de una función corporal principal.

Funciones corporales principales incluyen las funciones del sistema inmunológico; los órganos especiales de los sentidos y la piel, el crecimiento celular normal y el proceso digestivo, genitourinario, intestinal, vesical, neurológico, sistemas cerebral, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hemático, linfático, musculo esquelético y reproductivo. La operación de una función corporal principal incluye la operación de un órgano individual dentro de un sistema corporal.

Declaración de No Discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1) correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.