



# DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ALOJAMIENTOS

Complete este formulario y envíe por correo electrónico a [jemerson@sanjacinto.k12.ca.us](mailto:jemerson@sanjacinto.k12.ca.us) o por FAX al 951-654-5302

<b>1. Nombre del Distrito:</b> San Jacinto Unified School	<b>2. Nombre de la Escuela:</b>	<b>3. Número de Teléfono de la Escuela:</b>
<b>4. Nombre del Estudiante:</b>	<b>5. ID Permanente del Estudiante:</b>	<b>6. Fecha de Nacimiento:</b>
<b>7. Nombre del Padre o Tutor:</b>		<b>8. Número de Teléfono:</b>
<b>9. Marque Uno:</b> <input type="checkbox"/> El estudiante tiene una discapacidad o una condición médica y requiere una comida o alojamiento especial (consulte las definiciones al dorso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben cumplir con las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación.  <input type="checkbox"/> El estudiante no tiene una discapacidad, pero solicita una comida o alojamiento especial debido a intolerancia a los alimentos u otras razones médicas. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Se anima a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a atender solicitudes razonables.		
<b>Una autoridad médica reconocida (médico autorizado, asistente medico, o enfermero practicante) debe completar y firmar este formulario.</b>		
<b>10. Descripción del Impedimento Físico o Mental del Estudiante Afectado:</b>		
<b>11. Prescripción de Dieta y/o Adaptaciones (describa en detalle para garantizar una implementación adecuada; utilice páginas adicionales según sea necesario):</b>		
<b>12. Circule Textura de Comida:</b> Regular    Picado    Molido    Puré		
<b>13. Indique el Equipo Adaptativo (si es necesario):</b>		
<b>14. ¿La Condición Pone en Peligro la Vida? (por favor circule):</b> Si    o    No		
<b>15. Circule Todas las Omisiones Aplicables <u>O</u> Adjunte Una Copia de la Dieta Especial:</b> <b>Lácteos:</b> Sólo leche líquida    Todos los alimentos que contienen lácteos <b>Huevo:</b> Todos los alimentos que contienen huevo <b>Pez:</b> Todos los alimentos que contienen pez <b>Cacahuete:</b> Todos los alimentos que contienen cacahuates <b>Sésamo:</b> Semillas de sésamo    Todos los alimentos que contienen sésamo <b>Mariscos:</b> Todos los alimentos que contienen mariscos <b>Soya:</b> Frijoles de soya    Todos los alimentos que contienen soya <b>Nueces de Árbol:</b> Todos los alimentos que contienen nueces de árbol <b>Maíz:</b> Todos los alimentos que contienen maíz		
<b>16. Alimentos Adicionales que se Omitirán no Enumerados Anteriormente y Sustituciones Sugeridas:</b>		
<b>Alimentos que se Deben Omitir:</b>		<b>Sustituciones Sugeridas:</b>
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
<b>17. Firma de Autoridad Médica Reconocida*:</b>		<b>18. Nombre Impreso:</b>
<b>19. Número de Teléfono:</b>		<b>20. Fecha:</b>

\* Para este propósito, una autoridad médica reconocida en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.  
\* La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del participante.  
\* Este formulario también se considera válido con firma digital certificada.

District Use ONLY: (Initial & date to confirm receipt) Nutrition Services Technician: \_\_\_\_\_

**\*\*Esta institución es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades\*\***

## Instrucciones

1. **Nombre del Distrito:** El Distrito Escolar Unificado de San Jacinto proporciona el formulario a los padres.
2. **Nombre de la Escuela:** Imprima el nombre de la escuela donde se servirán las comidas.
3. **Número de Teléfono de la Escuela:** Imprima el número de teléfono de la escuela donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del Estudiante:** Imprima el nombre del estudiante a quien pertenece la información.
5. **ID Permanente del Estudiante** Imprima el número de identificación permanente del estudiante.
6. **Fecha de nacimiento:** Imprima la fecha de nacimiento del estudiante.
7. **Nombre del Padre o Tutor:** Imprima el nombre de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
8. **Número de Teléfono:** Imprima el número de teléfono del padre o tutor.
9. **Marque Uno:** Indique con una marca de verificación si el estudiante tiene una discapacidad o condición médica que requiere un alojamiento especial para comidas.
10. **Descripción del Impedimento Físico o Mental del Estudiante Afectado:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta específica del estudiante.
11. **Prescripción de Dieta y/o Adaptaciones:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por un profesional de atención médica con licencia estatal.
12. **Circule Textura de Comida:** Si el estudiante no necesita ninguna modificación, circule "Regular".
13. **Indique el Equipo Adaptativo (si es necesario):** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño/participante a comer (por ejemplo, taza para sorber, cuchara con mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.).
14. **¿La Condición Pone en Peligro la Vida?** Por favor circule "Sí" o "No".
15. **Circule Todas las Omisiones Aplicables O Adjunte Una Copia de la Dieta Especial:** Circule los alimentos específicos que deben omitirse.
16. **Alimentos Adicionales que se Omitirán no Enumerados Anteriormente y Sustituciones Sugeridas:** Enumere los alimentos adicionales que deben omitirse y las sustituciones sugeridas que no se indican en la pregunta 15.
17. **Firma de Autoridad Médica Reconocida\*:** Firma del profesional de atención médica con licencia estatal que solicita la comida o el alojamiento especial.
18. **Nombre impreso:** Nombre impreso del profesional de atención médica con licencia estatal.
19. **Número de teléfono:** Número de teléfono del profesional de atención médica con licencia estatal.
20. **Fecha:** Fecha en que el profesional de atención médica con licencia estatal firmó el formulario.

## Definiciones

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

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

**El impedimento físico o mental incluye**, entre otros, enfermedades y afecciones contagiosas y no contagiosas como las siguientes: impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y auditivos, y parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedades emocionales, dislexia y otras discapacidades específicas del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (ya sea sintomática o asintomática), tuberculosis, drogadicción y alcoholismo.

**Las principales actividades de la vida incluyen**, entre otras, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, sentarse, alcanzar, levantar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicarse, interactuar con otros y trabajar; y el funcionamiento de una función corporal importante.

**Las principales funciones corporales incluyen** el funcionamiento y las funciones del sistema inmunológico, los órganos sensoriales especiales y la piel, el crecimiento celular normal y las funciones digestivas, genitourinarias, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, cardiovasculares, endocrinas, hemáticas, linfáticas y musculoesqueléticas. y sistemas reproductivos. La operación de una función corporal importante incluye la operación de un órgano individual dentro de un sistema corporal.

**\*\*Esta institución es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades\*\***