

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:		
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:		
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:		
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré		
11. Equipo de adaptación que se debe usar:		
12. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:		
Alimentos que deben excluirse		Sustituciones apropiadas
13. Firma del dietista registrado (RD) o profesional de la salud con licencia estatal*		
14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

*En California, a partir del 1 de abril de 2025, los dietistas registrados (RD) pueden completar y firmar una declaración médica escrita para las modificaciones de las comidas escolares debido a una discapacidad. El CDE también permite que los siguientes profesionales de la salud con licencia estatal completen y firmen una declaración médica escrita para una discapacidad: médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes.

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

La información de este formulario es necesaria para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del niño.

Instrucciones

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Nombre del 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 niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad o fecha de nacimiento:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use 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 niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** 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 para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
12. **Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida). Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
13. **Firma del dietista registrado (RD) o profesional de la salud con licencia estatal*:** 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.

Definiciones

Discapacidad significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo; un historial de tal impedimento; o ser considerado como alguien 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: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; 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, pero no se limita a, enfermedades y afecciones contagiosas y no contagiosas tales como las siguientes: deficiencias ortopédicas, visuales, del habla y auditivas, parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedad emocional, 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, adicción a las drogas y alcoholismo.

Las principales actividades de la vida incluyen, pero no se limitan a, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, sentarse, alcanzar objetos, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicarse, interactuar con otros y trabajar; y el funcionamiento de una función corporal importante.

Las funciones corporales principales incluyen, el funcionamiento del sistema inmunitario, los órganos sensoriales y la piel, el crecimiento celular normal, y los sistemas digestivos, genitourinario, intestinal, vesical, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hemático, linfático, musculoesquelético y sistemas reproductivos. El funcionamiento de una función corporal principal incluye el funcionamiento de un órgano individual dentro de un sistema corporal.

Declaración de no discriminación del USDA

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 institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> (PDF), en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta deben entregarse al USDA antes de:

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