

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Nombre de la escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Número de teléfono del lugar	
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor legal		7. Número de teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental del niño o participante afectado:			
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:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Los alimentos que deben excluirse y sus substituciones:			
Alimentos que deben excluirse		Substituciones sugeridas	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo de adaptación que se utilizará:			
13. Firma de la autoridad médica*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Número de teléfono	16. Fecha

***Para dicho objetivo, una autoridad médica es un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermera practicante.**

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

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (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 sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442 o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución provee igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Nombre de la 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 donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en donde 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 del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor legal:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor legal.
8. **Descripción del impedimento físico o mental del niño o participante afectado:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del 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 la autoridad médica.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante:** Si el participante no necesita alguna modificación, marque «Normal».
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se utilizará:** Describa el equipo específico necesario para ayudar a los participantes a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas, etc.).
13. **Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la autoridad médica.
15. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
16. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

Citas extraídas del artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act o ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a ADA (ADA Amendment Act) de 2008:

Una persona con una discapacidad se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades principales de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

Se han añadido **funciones corporales principales** a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

«**Tiene un historial de tal impedimento**» significa que la persona tiene o ha sido clasificado (o mal clasificado) que tiene historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida.