



DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y AJUSTES

1. Escuela	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar	
4. Nombre del niño		5. Edad del niño	
6. Nombre del padre, madre o tutor legal		7. Teléfono	
8. Descripción de la discapacidad física o mental afectada:			
9. Explicación de la prescripción de la dieta o del ajuste para garantizar la correcta aplicación:			
10. Indicar la textura de los alimentos para el niño mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que se omiten y sustituciones adecuadas:			
Alimentos que se omiten		Sustituciones sugeridas	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. Equipo de adaptación a ser utilizado:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia estatal*	14. Nombre impreso	15. Teléfono	16. Fecha

***Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado de Virginia es un médico, un asistente médico o un enfermero practicante con licencia.**

La información en este formulario debe estar actualizada para que refleje las actuales necesidades médicas o nutritivas del participante.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan en o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o por represalia o retaliación por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con deficiencias auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal por el (800) 877-8339. También, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el formulario de queja por discriminación (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA. También puede escribir 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 el formulario lleno o una carta a USDA por correo postal a: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; por fax: (202) 690-7442; o por correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor igualitario de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela:** Escriba el nombre en imprenta de la escuela que está proporcionando el formulario al padre.
2. **Lugar:** Escriba en imprenta el nombre del lugar de la escuela donde será servida la comida.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba el teléfono del lugar donde será servida la comida.
4. **Nombre del alumno:** Escriba en imprenta el nombre del alumno a quien se refiere la información.
5. **Edad del niño:** Escriba la edad del niño.
6. **Nombre del padre, madre o tutor legal:** Escriba en imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño.
7. **Teléfono:** Escriba el teléfono del padre, madre o tutor legal.
8. **Descripción de la discapacidad física o mental afectada:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño.
9. **Explicación de la prescripción de la dieta o del ajuste para garantizar la correcta aplicación:** Describa una dieta específica o ajuste que ha sido recetado por el profesional de salud del estado.
10. **Indique la textura:** Si el participante no necesita ninguna modificación, marque la casilla "Regular".
11. **Alimentos que deben ser omitidos:** Indique los alimentos específicos que deben omitirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos a incluir en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación a ser utilizado:** Describa los equipos específicos necesarios para ayudar al alumno mientras come (por ejemplo, tazas cubiertas, cucharas con mango grande, mobiliario accesible para sillas de ruedas, etc.).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de salud con licencia del estado que solicita la comida especial o el ajuste.
14. **Nombre en imprenta:** Nombre en imprenta del profesional de salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Teléfono del profesional de salud con licencia del estado.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud firmó el formulario.

Las citas son de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmienda a la ley ADA de 2008:

Una persona con una discapacidad se define como cualquier persona con una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida diaria, tenga un historial de tal discapacidad o sea considerada como que tiene una discapacidad.

Discapacidad física o mental significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecta a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico, musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio; habla; órganos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genito-urinario; hemático y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retardo mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidad específica de aprendizaje.

Actividades principales de la vida diaria incluyen pero no se limitan a cuidar de uno mismo, llevar a cabo tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Las principales funciones corporales se han añadido a las principales actividades de la vida diaria e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, de la vejiga, cerebrales, neurológicas, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

"Tiene un historial de tal discapacidad" significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o clasificada erróneamente) como que tiene un historial de discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida diaria.