Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations (CDE Child Nutrition Programs, CNP 925 Rev. 8/17)
T17-763 Spanish, Arial Font, 2 pages

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:

☐ **Normal** ☐ **Picada** ☐ **Molida** ☐ **Puré**

11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:

Alimentos que deben excluirse	Sustituciones sugeridas

12. Equipo de adaptación que se debe usar:

13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

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

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

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), está prohibido que estas instituciones discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.
La información del programa puede publicarse en idiomas diferentes al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señasamericano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA o ponerse en contacto con el Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339.
Para presentar una denuncia de discriminación del programa, el querellante debe completar Formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (PDF), el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866)632-9992 o redactando una carta al USDA. La carta debe contener el nombre, domicilio, y teléfono del querellante, y una descripción del actodiscriminatorio que se le alega con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha delalegato del quebrantamiento de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deberá presentarse por correo a: U.S. Departmentof Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: 833-256-1665 o(202)690-7442 o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución provee igualdad de oportunidades.

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. **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 del niño o participante:** 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. **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 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).

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.

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

Una persona con 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.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el 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 un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.