Departamento de Educación de Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

Programas de nutrición infantil
(503) 947-5894

Phoenix Talent Schools

Declaración médica para solicitar comidas y/o adaptaciones especiales

La ley federal y la norma del USDA exigen que los programas de nutrición infantil realicen modificaciones razonables para adaptarse a los niños con discapacidad. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad vital importante o una función corporal, lo que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye las preferencias dietéticas personales.

Envíe este formulario a:	**Nombre del sitio o proveedor:**

Parte I A rellenar por el padre/tutor o patrocinador o Phoenix Talent Schools

Nombre del participante: _____

Nombre del padre / tutor: _____ Teléfono #: _____

Parte II Para ser completado sólo por un profesional de la salud con licencia estatal que esté autorizado a escribir recetas médicas bajo la ley estatal*. Conteste las preguntas 1-3.

1. **Describa la actividad principal de vida o la función corporal importante afectada por la discapacidad física o mental del participante que restringe la dieta:**

   _____

   _____

2. **Plan de Adaptaciones de Comida (Alimentos a omitir o evitar):**

   _____

   _____

3. **Alimentos a sustituir y alternativas recomendadas (incluir modificación y adaptación):**

   _____

   _____

Firma del Profesional de atención médica licenciado*:

_____ _____ _____

Nombre Firma Fecha

Part III Phoenix Talent Schools uso exclusivo

Adaptación realizada: _____

_____

Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

Departamento de Educación de Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

Programas de nutrición infantil
(503) 947-5894

Instrucciones para rellenar el formulario de declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que proporciona el formulario
2. **Envíe este formulario a:** Incluya el nombre y la información de contacto del personal de la organización que recogerá el formulario cumplimentado
3. **Nombre del sitio/proveedor:** Escriba el nombre del lugar donde se servirán las comidas (por ejemplo, Escuela ABC, Guardería XYZ)
4. **Parte I:** Esta sección puede ser completada por el **padre/tutor, participante adulto u organización**
   a. **Nombre del participante:** Escriba el nombre y el apellido del niño o del adulto participante
   b. **Nombre del padre/tutor:** Escriba el nombre y los apellidos del padre o tutor. Esto no es necesario para los participantes adultos.
   c. **Núm. de teléfono:** Incluya un número de teléfono para los padres/tutores en caso de preguntas
5. **Parte II:**Esta sección debe ser completada por un **profesional de la salud autorizado por el Estado:**
   a. En la sección 1 - **Describa:** La principal actividad vital o la principal función corporal afectada por la discapacidad física o mental del participante que restringe la dieta
   b. En la sección 2 - **Plan de adaptación de comidas:** Indique los alimentos que debe omitir o evitar
   c. En la sección 3 - **Alimentos a sustituir y alternativas recomendadas:** Proporcionar la modificación y adaptación.
6. **Parte III:** Esta sección debe ser completada por la Organización Patrocinadora después de completar las Partes I y II.
   a. **Adaptaciones realizadas**: El personal de la Organización patrocinadora indicará qué adaptaciones se harán para las solicitudes presentadas en la Parte II.
   b. **Firma del patrocinador y fecha**: El personal de la organización patrocinadora firmará y fechará el formulario. Este formulario se considerará incompleto si no se rellena esta sección.

Este formulario es sólo para los participantes que necesiten una adaptación médica para la comida y debe ser rellenado por un profesional médico autorizado. Los participantes que soliciten una adaptación de comida no médica y/o una sustitución de leche utilizarán el formulario de solicitud de preferencia de comida.

*** Profesional de la salud autorizado por el Estado**: Doctores en Medicina (MD); Médicos de Osteopatía (DO); Médicos de Naturopatía (ND); Asistente de médico (PA); Enfermera profesional certificada o enfermera clínica especializada; Doctor en Medicina Dental (DMD); Doctor en Cirugía Dental (DDS); Doctor en Optometría (OD)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades