

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ALIMENTOS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES

1. Distrito Distrito Escolar Unificado de Long Beach	2. Nombre de la escuela	3. Número de teléfono de la escuela	
4. Nombre del estudiante	5. Número de ID del estudiante:	6. Fecha de nacimiento	
7. Nombre del padre de familia o tutor	3. Número de teléfono	9. Comidas que se necesitan <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio <input type="checkbox"/> Cena	
10. Descripción de la deficiencia física o mental del niño o participante afectada:			
11. Explicación de la receta dietética y/o adaptaciones para asegurar la implementación adecuada:			
12. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante antes mencionado (ESCOJA SOLO UNA) <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
13. Alimentos que se deben omitir y sustituciones adecuadas:			
<u>Comidas que se deben omitir</u>		<u>Sustituciones sugeridas</u>	
<input type="checkbox"/> Leche de vaca líquida	<input type="checkbox"/> Queso	<input type="checkbox"/> Yogur	<input type="checkbox"/> Leche de soya
<input type="checkbox"/> Todos los productos con rastros de lácteos			
<input type="checkbox"/> Huevos revueltos/Tortita de huevo			
<input type="checkbox"/> Todos los productos con rastros de huevo			
<input type="checkbox"/> Gluten/Trigo			
<input type="checkbox"/> Cacahuates/nueces			
<input type="checkbox"/> Frijoles de soya (Edamame, Tofu, Leche de soya)			
<input type="checkbox"/> Todos los productos con rastros de soya			
<input type="checkbox"/> Comida de mar			
<input type="checkbox"/> Otra:	Por favor especifique:		
14. Equipo de adaptación que se utilizará:			
15. Firma del Profesional de atención médica con licencia del estado *	16. Nombre en letra de molde	17. Número de teléfono	18. Fecha

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

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y/o de nutrición del participante.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben ponerse en contacto con el Organismo (estatal o local) en el que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Relevo al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede ofrecer en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o su carta al USDA por correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o por correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

INSTRUCCIONES

1. **Distrito:** Escriba el nombre del distrito que le proporciona el formulario al padre de familia.
2. **Nombre de la escuela:** Escriba el nombre del plantel escolar en donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono de la escuela:** Escriba el nombre del plantel escolar en donde se servirán las comidas
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba el nombre del niño o participante al que le pertenece la información.
5. **Número de identificación del estudiante:** Escriba el número de identificación escolar del niño o participante, si lo sabe.
6. **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento del niño o participante.
7. **Nombre del padre de familia o tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o del participante
8. **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre de familia o tutor.
9. **Comidas que se necesitan:** Indique las comidas en las que el niño participa en la escuela.
10. **Descripción de la deficiencia física o mental del niño o participante afectada:** Describa cómo la deficiencia física o mental restringe la dieta del niño o del participante.
11. **Explicación de la receta dietética y/o la adaptación para asegurar la implementación adecuada:** Describa una dieta o adaptación específica que ha sido recetada por el profesional estatal.
12. **Indique la textura:** Si el niño o participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
13. **Alimentos que se deben omitir:** Marque o enumere los alimentos específicos que se deben omitir (p. ej. excluir la leche de vaca líquida).
Sustituciones sugeridas: Enumere los alimentos específicos para incluirlos en la dieta (p. ej. leche de soya).
14. **Equipo de adaptación que se utilizará:** Describa el equipo específico que se necesita para asistir al niño o participante para comer (p. ej. vasito para sorber, una cuchara con mango grande, muebles que sean accesibles para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma del profesional de atención médica con licencia del estado:** Firma del profesional de atención médica con licencia del estado que solicita la comida o adaptación especial.
16. **Nombre en letra de molde:** Escriba el nombre del profesional de atención médica con licencia del estado.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono del profesional de atención médica con licencia del estado.
18. **Fecha:** La fecha en la que el profesional de atención médica firmo 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 ADA de 2008:

Se define a una persona con una discapacidad como cualquier persona que tenga una deficiencia física o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, que tenga un historial de dicha deficiencia o que se considere que tiene una deficiencia de ese tipo.

Por discapacidad física o mental se entiende (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico, músculo esquelético, órganos sensoriales especiales, respiratorio, del habla, órganos, cardiovascular, reproductivo, digestivo, genito urinario, hemico y linfático, piel y endocrino; o b) cualquier trastorno mental o psicológico, como el retraso mental, el síndrome orgánico cerebral, las enfermedades emocionales o mentales y las discapacidades específicas del aprendizaje.

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

Las principales actividades de la vida incluyen, entre otras, el cuidado de uno mismo, la realización de tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Las principales funciones corporales se han añadido a las principales actividades 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 deficiencia" significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o mal clasificada) como poseedora de un historial de deficiencia mental o física que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.