DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ALIMENTOS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES

Este formulario es únicamente para fines médicos, no para preferencias personales o religiosas.

Por favor, llene el formulario en su totalidad y entréguelo al supervisor de la cafetería escolar o envíelo por correo electrónico a ChildNutrition@lbschools.net.

1. Nombre del estudiante:	2. Número de identificación del estudiante:	3. Fecha de nacimiento:	4. Nivel de grado:
5. Nombre de la escuela:	6. Comidas necesarias: ☐ Desayuno ☐ Cena/Programa después de clases ☐ Almuerzo Nombre del programa después de clases: _____		
7. Nombre del padre o tutor legal:	8. Número de teléfono del padre/tutor legal:	9. Correo electrónico del padre/tutor legal:	

10. Descripción de la discapacidad física o mental del niño/a o participante que requiere de comida especial o adaptaciones:

11. Explicación de la prescripción dietética y/o adaptaciones para garantizar la implementación correcta:

12. ¿El estudiante necesita modificaciones en la textura de los alimentos? (si la respuesta es Sí, SELECCIONE SOLO UNA opción; si es No, deje en blanco):

☐ **Picada** ☐ **Molida** ☐ **Puré**

13. Alimentos que se deben prohibir y sustituciones adecuadas:

Alimentos que se deben prohibir	Sustituciones sugeridas
☐ Leche líquida de vaca ☐ Queso ☐ Yogur	
☐ Todos los productos con trazas de lácteos (pan, suero de leche, etc.)	☐ Leche de soya
☐ Huevos enteros (huevos revueltos, tortitas de huevo, etc.)	
☐ Todos los productos con trazas de huevo (gofres, aderezo ranchero, etc.)	
☐ Gluten/Trigo	
☐ Cacahuates ☐ Nueces de árbol	
☐ Soya (edamame, tofu, leche de soya, etc.)	
☐ Todos los productos con trazas de soya	
☐ Mariscos (pescado, crustáceos, etc.)	
☐ Sésamo	
☐ Otros (por favor especifique):	Por favor, especifique:

14. ¿La alergia alimentaria pone en peligro la vida? ☐ Sí ☐ No	15. Equipo adaptativo que se debe utilizar:		
16. Firma del profesional de la salud autorizado por el estado*:	17. Nombre en letra de molde:	18. Número de teléfono:	19. Fecha:

***Para este propósito, un profesional de la salud autorizado por el estado en California es un médico autorizado, un médico asistente, un enfermero/a especializado/a o un dietista registrado.**

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

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y con los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, género, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos de protección se aplican a todos los programas). Los recursos legales y los plazos para presentar una denuncia varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o contactar al USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.
Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, llene el *Formulario de Quejas por Discriminación en los Programas del USDA, AD-3027 (PDF)*, disponible en línea en "Cómo presentar una queja por discriminación en un programa" y en cualquier oficina del USDA, o 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 queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario llenado o carta al USDA por:

1. Correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410 Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: 202-690-7442; o
3. Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Nombre del niño/a o participante:** Escriba en letra de molde el nombre del niño/a o participante al que corresponde la información.
2. **Número de identificación del estudiante:** Escriba en letra de molde el número de identificación escolar del niño/a o participante, si se lo sabe.
3. **Fecha de nacimiento:** Escriba en letra de molde la fecha de nacimiento del niño/a o participante.
4. **Nivel de grado:** Escriba en letra de molde el nivel de grado del niño/a o participante.
5. **Nombre de la escuela:** Escriba en letra de molde el nombre del plantel escolar donde se servirán las comidas.
6. **Comidas necesarias:** Indique todas las comidas en las que participa el niño/a en la escuela. Si el niño/a participa en un programa después de clases, escriba en letra de molde cuál es el programa.
7. **Nombre del padre, madre o tutor legal:** Escriba en letra de molde el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño/a o participante.
8. **Número de teléfono del padre, madre o tutor legal:** Escriba en letra de molde el número de teléfono del padre, madre o tutor legal.
9. **Correo electrónico del padre, madre o tutor legal:** Escriba en letra de molde la dirección de correo electrónico del padre, madre o tutor legal.
10. **Descripción de la discapacidad física o mental del niño/a o participante que requiere una comida especial o adaptaciones:** Describa cómo la discapacidad física o mental restringe la dieta del niño/a o participante.
11. **Explicación de la prescripción dietética y/o adaptación para garantizar la correcta implementación:** Describa la dieta específica o la adaptación que ha sido prescrita por el profesional de la salud autorizado por el estado.
12. **Indique la textura:** Si el niño/a o participante necesita una textura de alimentos modificada por razones médicas, seleccione UNA opción. Todos los alimentos tendrán la textura seleccionada. Si el niño/a o participante no necesita modificaciones en la textura de los alimentos, pase a la siguiente sección.
13. **Alimentos que deben prohibir:** Marque o enumere los alimentos específicos que deben prohibir (por ejemplo, prohibir la leche líquida de vaca). **Sustituciones sugeridas:** Enumere los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, leche de soya).
14. **¿La condición pone en peligro la vida?:** Marque "Sí" si la alergia alimentaria pone en peligro la vida o requiere un *EpiPen*. Si la alergia no pone en peligro la vida, marque "No".
15. **Equipo adaptativo a utilizar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño/a o participante durante las comidas (por ejemplo, vaso con boquilla, cuchara con mango grande, mueble accesible para silla de ruedas, etc.).
16. **Firma del profesional de la salud autorizado por el estado:** Firma del profesional de la salud autorizado por el estado que solicita la comida especial o adaptación.
17. **Nombre en letra de molde:** Escriba en letra de molde el nombre del profesional de la salud autorizado por el estado.
18. **Número de teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud autorizado por el estado.
19. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud autorizado por el estado firmó el formulario.

Las citas son de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmienda de 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, musculo esquelético, órganos sensoriales especiales, respiratorio, del habla, órganos, cardiovascular, reproductivo, digestivo, genito urinario, hemático y linfático, piel y endocrino; o b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, el síndrome orgánico cerebral, las enfermedades emocionales o mentales y las discapacidades específicas en el 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 discapacidad" significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o mal clasificada) como alguien que tiene un historial de discapacidad fisica o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.