

Declaración médica para solicitar comidas especiales y/o alojamiento

Formulario de Declaración Médica		
1. Nombre de la escuela	2. Sitio	3. Teléfono de escuela
4. Nombre del niño/a		5. Fecha de nacimiento/edad
6. Nombre del padre/tutor		7. Número de teléfono
8. Descripción de la discapacidad física o mental del niño/a afectado:		
9. Explicación de la dieta Prescripción y/ o alojamiento:		
10. Indicar la textura de los alimentos para el niño/a:		
☐ Regular ☐ Picado ☐ Molida ☐ Puré		
11. Equipo adaptativo que se utilizará:		
12. Alimentos que deben omitirse y sustituciones apropiadas:		
Alimentos que deben omitirse		Sustituciones sugeridas
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
13. Firma del Dietista-Nutricional Registrado (DN) o profesional de salud autorizado Estatal*		
14. Nombre impreso	15. Número de teléfono	16. Fecha

*En California, a partir del 1 de abril de 2025, se permite que los DN completen y firmen una declaración médica por escrito para las modificaciones de la comida escolar debido a una discapacidad. El CDE también permite que los siguientes profesionales de la salud con licencia del estado completen y firmen una declaración médica por discapacidad: médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes.

*Este formulario también se considera válido con una firma digital certificada. La información en este formulario es necesaria para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del niño/a.

Instrucciones

1. **Escuela:** Imprima el nombre de la escuela que está proporcionando el formulario al padre/tutor.
2. **Sitio:** Imprima el nombre del lugar donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono del sitio:** Imprima el número de teléfono del sitio donde se servirá la comida.
4. **Nombre del niño/a:** Imprime el nombre del niño/a al que se refiere la información.
5. **Edad del niño/a:** Imprime la edad del niño/a. En el caso de los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre/tutor:** Imprime el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño/a.
7. **Número de teléfono:** Imprima el número de teléfono del padre/tutor.
8. **Descripción del deterioro físico o mental del niño/a afectado:** Describa cómo el/ella deterioro físico o mental restringe la dieta del niño/a.
9. **Explicación de la dieta Prescripción y/o Alojamiento:** Describa un alojamiento dietor específico que ha sido prescrito por el DN o el profesional de salud con licencia del estado.
10. **Indicar textura:** Si el niño/a no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
11. **Equipo adaptativo que se utilizará:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño/a con la comida (por ejemplo, vaso de agua, cuchara grande, muebles accesibles en silla de ruedas, etc.).
12. **Alimentos a omitir: enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Sustituciones sugeridas:** Enumere los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta.
13. **Firma del profesional sanitario autorizado por el Estado o DN:** Firma del profesional sanitario autorizado por el Estado que solicita la comida especial o el alojamiento.
14. **Nombre impreso:** Imprima el nombre del DN o profesional de la salud con licencia estatal.
15. **Número de teléfono:** Número de teléfono del DN o profesional sanitario con licencia estatal.
16. **Fecha:** Fecha en que el DN o el profesional de la salud con licencia estatal firmó el formulario.

Definiciones

Por discapacidad se entiende, con respecto a una persona, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades vitales de esa persona; un registro de dicho deterioro; o se considere que tiene tal deterioro.

Deterioro físico o mental: cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración estética o pérdida anatómica que afecte a uno o más sistemas corporales, tales como: neurológicos, musculoesqueléticos, órganos de los sentidos especiales, respiratorios (incluidos los órganos del habla), cardiovasculares, reproductivos, digestivo, genitourinario, inmunológico, circulatorio, hemático, linfático, cutáneo y endocrino; o cualquier trastorno mental o psicológico como la discapacidad intelectual, el síndrome cerebral orgánico, la enfermedad emocional o mental y la discapacidad específica de aprendizaje.

El deterioro físico o mental incluye, pero no se limita a, enfermedades contagiosas y no contagiosas y afecciones tales como: trastornos ortopédicos, visuales, del habla y de la audición, y parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedad emocional, dislexia y otras discapacidades de aprendizaje específicas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (ya sea sintomática o asintomática), tuberculosis, toxicomanía y alcoholismo.

Las principales actividades de la vida incluyen, pero no se limitan a, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, sentarse, alcanzar, levantar, flexionarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicarse, interacción con los demás y trabajo; y el funcionamiento de una función corporal importante.

Las principales funciones corporales incluyen el funcionamiento y las funciones del sistema inmunitario, los órganos sensoriales especiales y la piel, el crecimiento celular normal, y digestivo, genitourinario, intestinal, vesical, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hemático, linfático, musculoesquelético, y los sistemas reproductivos. El funcionamiento de una función corporal importante incluye el funcionamiento de un órgano individual dentro de un sistema corporal.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura (USDA) de los Estados Unidos, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminar en base a raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o represalias por una actividad anterior de derechos civiles, en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para la presentación de recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta, lenguaje de señas americano, etc.) debe ponerse en contacto con el estado o la agencia local que administra el programa o póngase en contacto con 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 del inglés.

Para presentar una denuncia por discriminación en el programa, complete el formulario de denuncia por discriminación del programa USDA, AD-3027at:

https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad_3027.pdf, que se encuentra en línea en Cómo presentar una denuncia de discriminación por programas y en cualquier oficina del USDA o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar 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 o carta completa al USDA por:

1. Correo: 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. Email: Program.Intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.