



## DECLARACIÓN MÉDICA A SOLICITAR COMIDAS Y/O ALOJAMIENTOS ESPECIALES

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**1. Marque una:**

- ☐ El participante tiene una discapacidad o una condición médica que **requiere** una comida especial y/o alojamiento. **Un médico autorizado, un asistente médico o un enfermero especializado debe completar y firmar este formulario.**
- ☐ El participante tiene una alergia alimentaria, que no se considera una discapacidad. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Tenga en cuenta que debe omitirse el alimento a continuación para que se pueda registrar la cuenta de comidas del participante. **No se necesita la firma de una autoridad médica y un padre/tutor puede completar este formulario.**

**2. La discapacidad o condición médica del participante que requiera una comida o adaptación especial:**

**3. Si el participante tiene una discapacidad, proporcione una breve descripción de su principal actividad de vida afectada por la discapacidad (por ejemplo, la alergia al maní causa una reacción potencialmente mortal):**

**4. Prescripción dietética y/o adaptación (describa en detalle para garantizar una correcta implementación; utilice páginas adicionales según sea necesario):**

**5. Alimentos que deben omitirse y sustituciones (enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones sugeridas. Puede adjuntar una hoja con información adicional si es necesario):**

**A. Alimentos que deben omitirse**

**B. Sustituciones sugeridas**

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**6. Firma de la Autoridad Médica Reconocida\***

**7. Nombre impreso**

**8. Número de teléfono**

**9. Fecha**

**10. Firma del padre o tutor**

**11. Nombre impreso**

**12. Número de teléfono**

**13. Fecha**

**\*Para este propósito, una autoridad médica reconocida es un médico autorizado, un asistente médico o un enfermero especializado.**

**Ley de 1973, Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y Ley de Enmienda de la ADA de 2008:**

**Una persona con discapacidad** se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene antecedentes de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

**Discapacidad física o mental** significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio; del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hemático y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

**Actividades principales de la vida** incluyen, pero no se limitan a, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

**Principales funciones corporales** Se han agregado a las principales actividades de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico, el crecimiento celular normal y las funciones digestivas, intestinales, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

**“Tiene antecedentes de tal impedimento”** significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o clasificada erróneamente) como persona con antecedentes de deterioro mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado el 15/7/24