Programas de Nutrición Infantil del Departamento de Educación de Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310
(503) 947-5894

Declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones

La ley federal y los reglamentos del USDA exigen que los Programas de Nutrición Infantil realicen modificaciones razonables para acomodar a los niños con discapacidades. 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 las preferencias dietéticas personales.

Nombre del sitio/proveedor:	**Envíe este formulario a:**
_____	_____

Parte I Lo debe completar el padre/madre/tutor, participante adulto u organización

Nombre del participante: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Parte II *Sólo* la debe completar un profesional de salud autorizado por el Estado que esté autorizado a extender recetas médicas según la legislación estatal* o un dietista titulado** (sólo CACFP y SNP).

1. **Describa** la actividad vital principal o la(s) función(es) corporal(es) principal(es) afectada(s) por la deficiencia física o mental del participante que restringe la dieta:
   _____
   _____
   _____

2. **Plan de adaptación de las comidas (alimentos que debe omitir o evitar):**
   _____
   _____
   _____

3. **Alimentos que deben sustituirse y alternativas recomendadas (incluya la modificación y la adaptación):**
   _____
   _____
   _____

Firma del profesional de salud con licencia estatal* o del dietista registrado**:

_____ _____ _____
Nombre Firma Fecha

Parte III Uso exclusivo de la organización

Adaptaciones realizadas:

Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

Programas de Nutrición Infantil del Departamento de Educación de Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310
(503) 947-5894

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de preferencia de comidas:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que facilita el formulario
2. **Nombre del sitio/proveedor:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar donde se servirán las comidas (por ejemplo, Escuela ABC, Guardería XYZ)
3. **Envíe este formulario a:** Incluya el nombre y la información de contacto del personal de la organización que recogerá el formulario completado
4. **Parte I:** Esta sección la puede completar el padre/madre/tutor, participante adulto u organización
    a. **Nombre del participante:** Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido del niño o del adulto participante
    b. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido del padre, madre o tutor. No es necesario para los participantes adultos.
    c. **Teléfono:** Incluya un número para el padre/tutor en caso de preguntas
5. **Parte II:** Esta sección debe completarse con un **profesional de la salud con licencia estatal* o dietista registrado**:**
    a. En la sección 1 - **Describa:** La actividad vital principal o la función corporal principal 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 que deben sustituirse y alternativas recomendadas:** Proporcione la modificación y la adaptación.
6. **Parte III:** Esta sección debe ser completada por la organización patrocinadora después de que se completen las Partes I y II.
    a. **Adaptaciones realizadas**: El personal de la organización patrocinadora indicará qué adaptaciones se harán para las solicitudes realizadas en la Parte II.
    b. **Firma y fecha del patrocinador**: El personal de la organización patrocinadora firmará y fechará el formulario.
    Este formulario se considerará incompleto si no se llena esta sección.

Este formulario es sólo para los participantes que requieran una adaptación médica para la comida y debe ser completado por un profesional médico autorizado por el estado* o un dietista registrado**. Los participantes que soliciten una Adaptación no Médica para Comidas y/o una Sustitución de Leche utilizarán el Formulario de Solicitud de Preferencia de Comidas.

***Los profesionales de salud con licencia estatal** incluyen: Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); Doctores en Naturopatía (ND); Asistentes Médicos (PA); Enfermeros Certificados (CNP) o Enfermeros Clínicos Especialistas (CNS), Doctores en Odontología (DMD); Doctores en Cirugía Dental (DDS); Doctores en Optometría (OD).
****Los dietistas registrados (RD/RDN)** están autorizados por el USDA en 7 CFR 210.10(m) y 7 CFR 226.20(g)(1) para completar y firmar las declaraciones médicas de los participantes de SNP y CACFP.