

TESTIMONIO MEDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ACOMODACIONES

1. Escuela/Agencia	2. Lugar	3. Número de Teléfono del Lugar			
4. Nombre del Participante		5. Edad o Fecha de Nacimiento			
6. Nombre del Padre o Tutor		7. Número de Teléfono			
<p>8. Marque Uno</p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad o condición médica y <i>requiere</i> comida o acomodaciones. (Refiérase a las definiciones al reverso de este formulario). Escuelas y agencias participantes en el programa federal de nutrición deben conformar con peticiones para comidas especiales y cualquier clase de equipo adaptado.</p> <p><input type="checkbox"/> El participante no está discapacitado, pero requiere comida especial o acomodaciones debido a intolerancia de alimentos u otras razones médicas. No es apropiado el uso de este formulario para la preferencia de alimentos. Se sugiere a las escuelas y agencias participantes en el programa federal de nutrición facilitar peticiones razonables. Este formulario debe ser firmado por un médico acreditado, asistente del médico , o enferma.</p>					
9. DISCAPACIDAD O CONDICIÓN MÉDICA QUE REQUIERE COMIDA ESPECIAL O ACOMODACIONES:					
10. SI EL PARTICIPANTE PEDECE DE UNA DISCAPACIDAD, PRODUZCA DESCRIPCIÓN BREVE DE UNA ACTIVIDAD MAYOR AFECTADA POR SU DISCAPACIDAD					
11. RECETA DE DIETA Y/O ACOMODACIONES: <i>(POR FAVOR DESCRIBA DETALLADAMENTE PARA ASEGURAR IMPLEMENTACIÓN APROPIADA)</i>					
<p>12. INDIQUE TEXTURA:</p> <p><input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> CORTADA EN TROZOS <input type="checkbox"/> MOLIDA <input type="checkbox"/> LICUADA</p>					
<p>13. COMIDAS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUBSTITUCIONES (<i>POR FAVOR ENLISTE COMIDAS ESPECÍFICAS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUBSTITUCIONES SUGERIDAS. PUEDE ANEXAR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL.</i>)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A. COMIDAS QUE DEBEN OMITIRSE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>B. SUBSTITUCIONES SUGERIDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> </table>				<p>A. COMIDAS QUE DEBEN OMITIRSE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. SUBSTITUCIONES SUGERIDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A. COMIDAS QUE DEBEN OMITIRSE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. SUBSTITUCIONES SUGERIDAS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
14. EQUIPO ADAPTADO:					
15. FIRMA DE QUIEN LA PREPARA*	16. NOMBRE IMPRESO	17. NÚMERO DE TELÉFONO	18. FECHA		
19. FIRMA DE AUTORIDAD MÉDICA*	20. NOMBRE IMPRESO	21. NÚMERO DE TELÉFONO	22. FECHA		

***Se requiere la firma de un médico para los participantes discapacitados. Para los participantes sin discapacidad, este formulario debe ser firmado por un médico acreditado, asistente del médico o enfermera.**

La información en este formulario debe reflejar el estado actual médico y/o necesidades nutritivas actualizadas del participante.

Conforme a la ley Federal y normas del Departamento de Agricultura de los E. U., se le prohíbe a esta agencia la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, edad y discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (202) 720-5964. USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidad.

TESTIMONIO MÉDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ACOMODACIONES

INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia:** Escriba con letra de molde el nombre de la escuela o agencia que proporciona la forma al padre.
2. **Lugar:** Escriba el nombre del lugar donde se servirán las comidas (ejem., escuela, centro de cuidado infantil, centro de la comunidad, etc.)
3. **Número de Teléfono del Lugar:** Escriba con letra de molde el número de teléfono del lugar donde se servirán las comidas. Vea el #2.
4. **Nombre del Participante:** Escriba con letra de molde el nombre del niño o adulto que participa a quien pertenece la información.
5. **Edad del Participante:** Escriba la edad del participante. Para infantes, sírvase usar la Fecha de Nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Tutor:** Escriba con letra de molde el nombre de la persona que solicita el testimonio médico del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Marque Una:** Marque (✓) un cuadro para indicar si el participante tiene o no tiene una discapacidad.
9. **Discapacidad o Condición Médica Requiriendo una Comida Especial o Acomodaciones:** Describe la condición médica que requiere una comida especial o acomodaciones (ejem., diabetes juvenil, alergia a cacahuates, etc.)
10. **Si el Participante tiene una Discapacidad, Describa con Brevedad una Actividad Mayor Afectada por esta Discapacidad:** Describa cómo la condición física afecta su discapacidad. Por ejem., "Alergia a los cacahuates causa una reacción amenazante."
11. **Receta de Dieta y/o Acomodaciones:** Describa una dieta o acomodación específica recetada por el médico, o describa dieta modificada solicitada por una condición no debilitante. Por ejem., "Todos los alimentos deben ser licuados o en forma de puré. El participante no puede consumir alimentos sólidos.
12. **Indique Textura:** Marque (✓) un cuadro para indicar el tipo de textura de alimentos solicitados. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
13. **A. Comidas que Deben Omitirse:** Escriba comidas específicas que deben omitirse. Por ejem. "excluya leche líquida"
B. Substituciones Sugeridas: Escriba las comidas para incluir en la dieta. Por ejem., "jugos con calcio."
14. **Equipo Adaptado:** Describa equipo específico necesitado para auxiliar al participante al comer. (Ejem., puede incluir un vaso especial "sippy cup", cuchara con mango grande, mueble con acceso a silla de ruedas, etc.)
15. **Firma de Persona Preparando el Formulario:** Firma de la persona que completa el formulario.
16. **Nombre con Letra de Molde:** Escriba con letra de molde nombre de la persona quien completa el formulario.
17. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la persona encargada de completar el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en que el formulario fue firmado por la persona encargada de completarlo.
19. **Firma de Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica solicitando comida especial o acomodaciones.
20. **Nombre con Letra de Molde:** Escriba con letra de molde nombre de la autoridad médica.
21. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que el formulario fué firmado por autoridad médica.

Definiciones:

"**Persona con Discapacidad**" se define a una persona con impedimentos físicos o mentales los cuales limitan considerablemente una o más actividades mayores de la vida cotidiana, tiene antecedentes de dicho impedimento, o se considera que tiene dicho impedimento.

"**Impedimento físico o mental**" significa (a) cualquier desorden fisiológico o condición, desfiguración cosmética, o pérdida anatómica afectando una o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológicos; musculares y del esqueleto; órganos especiales del sentido; respiratorios; incluyendo órganos de articulación; cardiovasculares; reproductivos; digestivos; genitourinarios; murmullo del corazón y linfáticos; piel; y glándula endocrina; o (b) cualquier trastorno psicológico o mental, tal como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional, y discapacidad específica de aprendizaje.

"**Actividades mayores de la vida cotidiana**" son funciones tales como auto-suficiente en cuidados propios, desarrollar trabajos manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, y trabajar.

"**Tiene antecedentes de cierto impedimento**" se define como tener un historial de, o de haber sido clasificado (o erróneamente clasificado) con tener un impedimento físico o mental que limita una o más actividades mayores.

(*Citaciones de la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973)