

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

<b>1. Escuela o agencia</b>	<b>2. Nombre del lugar</b>	<b>3. Teléfono del lugar</b>
<b>4. Nombre del niño o participante</b>		<b>5. Edad o fecha de nacimiento</b>
<b>6. Nombre del padre, madre o tutor</b>		<b>7. Teléfono</b>
<b>8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:</b>		
<b>9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:</b>		
<b>10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré		
<b>11. Equipo de adaptación que se debe usar:</b>		
<b>12. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:</b>		
<b>Alimentos que deben excluirse</b>	<b>Sustituciones sugeridas</b>	
<b>13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*</b>		
<b>14. Nombre con letra de imprenta</b>	<b>15. Teléfono</b>	<b>16. Fecha</b>

\*Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.

\*\*Este forma también se considera válido con firma digital certificada.

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

## INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
12. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).  
**Sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

### **Citas extraídas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:**

**Una persona con discapacidad** se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

**Impedimento físico o mental** significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

**Actividades principales de la vida** incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales 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 impedimento"** significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.