

## DECLARACION MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y / O MODIFICADAS

<b>1. Escuela</b> Distrito Unificado Escolar de Southern Kern	<b>2. Nombre de Sitio</b>	<b>3. Numero de Telefono de Sitio</b>	
<b>4. Nombre del Estudiante</b>		<b>5. Edad del Estudiante</b>	
<b>6. Nombre del Padre/Guardian</b>		<b>7. Numero de Telefono</b>	
<b>8. Descripción del impedimento Afectado del Estudiante Físico o Mental:</b>			
<b>9. Explicación de la Dieta Prescrita y/o las Modificaciones para Asegurar la Implicación Apropiaada:</b>			
<b>10. Indique la Textura de Comida Para el Estudiante:</b>			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picado <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré			
<b>11. Comidas que Deben Ser Evitadas y los Substitutos Apropiados:</b>			
<b>Comidas Que Se Deben Evitar</b>		<b>Substituciones Sugeridas</b>	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<b>12. Equipo Adaptivo que se Debe Usar:</b>			
<b>13. Firma del Profesional de Salud Licenciado del Estado*</b>	<b>14. Nombre Imprimido</b>	<b>15. Numero de Telefono</b>	<b>16. Fecha</b>

**\*Por este propósito, un Profesional de Salud Licenciado del Estado es un Médico Licenciado, un asistente de médico, o una enfermera.**

**La información en este formulario debe actualizarse para reflejar la información y/o las necesidades nutritivas del participante.**

De acuerdo con las Leyes Federales de Derechos Civiles y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) regulaciones de derechos civiles y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones participando en, o administrando programas del USDA prohíben discriminación contra raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, o relación con actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o fundada por el USDA.

Personas discapacidades quienes requieren otros métodos de comunicación para obtener información del programa (ej. Braille, impresión de letras grandes, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), debe contactar la Agencia (Estatl o local) en donde aplicaron por sus beneficios. Individuales quienes son sordos, con problemas de audición o tienen discapacidad de lenguaje pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service al (800) 877-8339. Adicionalmente, información del programa puede ser obtenido en otros idiomas más de Ingles.

Para ser un reclamo de queja de discriminación contra el programa, complete la forma de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en el sitio web: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o mande una carta escrita al USDA y asegure de incluir toda la información requerida en la forma. Para solicitar una copia de la queja, llame al (866) 632-9992. Envie la forma completa o la carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electronico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de oportunidades de igualdad.

## INSTRUCCIONES

1. **Escuela:** Imprima el nombre de la escuela que le provee la forma al padre.
2. **Sitio:** Imprima el nombre de la escuela donde se servirán las comidas.
3. **Número de Teléfono del Sitio:** Imprima el número de teléfono del sitio donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del Estudiante:** Imprima el nombre del estudiante a quien se refiere la información.
5. **Edad del Estudiante:** Imprima la edad del estudiante.
6. **Nombre del Padre/Guardián:** Imprima el nombre del Padre/Guardián solicitando la declaración médica del estudiante.
7. **Número de Teléfono:** Imprima el número de teléfono del Padre/Guardián.
8. **Explicación de la Dieta Prescrita y/o las Modificaciones para Asegurar la Implicación Apropiaada:** Describa como el impedimento físico o mentar restringe la dieta del estudiante.
9. **Explicación de la Dieta Prescrita y/o las Modificaciones para Asegurar la Implicación Apropiaada:** Describa la dieta especifica o las modificaciones que han sido prescritas por el medico profesional de salud del estado.
10. **Indique la Textura:** Si el participante no requiero una modificación, indique "Regular".
11. **Comidas que Deben ser Evitadas:** Enumere comidas especificas que deben ser evitadas (ej., la leche).  
**Substituciones Sugeridas:** Enumere comidas especificas que se puedan incluir a la dieta (ej., jugo con calcio).
12. **Equipo Adaptivo que se Debe Usar:** Describa equipo especifico requerido para que el estudiante pueda (ej., taza de entrenamiento, cuchara grande, muebles que asistan silla de rueda, etc.).
13. **Firma del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado:** Firma del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado cual requiera lo comida especifica o la modificación.
14. **Nombre Imprimido:** Imprima el nombre del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado.
15. **Número de Teléfono:** Imprima el número de teléfono del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado.
16. **Fecha:** Fecha en cual el Medico Profesional de Salud licenciado firmo la forma.

### **Citaciones de la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) of 1990, and ADA Acta de Enmienda del 2008:**

**Una persona con discapacidad** es definida como una persona que tiene una discapacidad mental o física cual limita una o más de las actividades principales de la vida, tiene un registro de tales discapacidades, o es reconocido con tener tales impedimentos.

**Discapacidad física o mental** significa (a) cualquier desorden o condición psicológica, desfiguración cosmética, o perdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas neurológicos del cuerpo; musculo esquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorias; lenguaje; órganos; cardiovascular; reproductivos, digestivos, genitourinario; hemic y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier desorden mental o físico, tal como la retardación mental, síndrome del órgano cerebral, emocional o enfermedad mental, y discapacidad de aprendizaje especifica.

**Actividades principales de la vida** incluye, pero no limite, cuidado de sí mismo, realizar tareas manuales, mirar, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, agachar, hablar, respirar, aprender, leer, concentrar, pensar, comunicar, y trabajar.

**Funciones principales del cuerpo** han sido agregadas a las actividades principales de la vida e incluyen el sistema inmune; crecimiento normal de las células; y digestivo, intestino, vejiga, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivos.

Tener un "registro de tales discapacidades", significa que una persona tiene o ha sido clasificada (o mal clasificada) como tener un historial de emparamento mental o física que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida.