

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS CON COMIDAS ESPECIALES O ALOJAMIENTO

INSTRUCCIONES

Nota: De acuerdo a 7 CFR, parte 226.20 sustituciones de alimentos por razones médicas sólo puede hacerse cuando hay una declaración por escrito de una autoridad médica. Esta declaración escrita debe incluir la razón médica y alimentos alternativos recomendados.

1. **Escuela/Agencia:** Escriba en letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que está proporcionando el formulario al padre.
2. **Lugar:** Escriba el nombre del sitio donde será servida (Ejemplo: Escuela, centro de cuidado, Centro Comunitario, etc.)
3. **Número de teléfono del Lugar:** Escriba el número de teléfono del lugar donde será servida la comida. Ver #2.
4. **Nombre del Participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quién pertenece la información.
5. **Edad del Participante:** Escriba la edad del participante. Para infantes, por favor use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Guardián:** Nombre de la persona que está completando la declaración médica para el participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del Padre o Guardián.
8. **Marcar una:** Marcar (✓) una casilla para indicar si el participante tiene discapacidad o no tiene discapacidad.
9. Definición de discapacidad provista por la Instrucción 113-1 del FNS, y la nota del USDA CACFP 14 SFSP 10-2017
10. **Si el Participante tiene una Discapacidad, Describa como la Condición Puede Afectar la Vida del Participante:** Describa como la condición física o médica se ve afectada por la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia a los cacahuetes causa una reacción potencialmente mortal."
11. **Prescripción para Dieta y/o Alojamiento:** Describir una dieta o un alojamiento específico que ha sido prescrito por un médico, o describa modificación de la dieta requerida para una condición no incapacitante. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben ser en forma líquida o en puré. El Participante no puede consumir ningún alimento sólido"
12. **Indicar Textura:** Marcar (✓) una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular"
13. **Alimentos que Deben Omitirse:** Indique los alimentos específicos que deben ser omitidos. Por ejemplo: "Excluir mantequilla de maní."
14. **Sustituciones disponibles / aceptables:** Indique los alimentos substituidos disponibles ó aceptables para ser incluidos en la dieta. Por ejemplo: "Mantequilla de Semilla de Girasol."
15. **Modificaciones al Servicio de Comidas:** Describa equipos específicos requeridos ó modificaciones necesarias para asistir al participante con comidas. (Ejemplo: debe incluir un vaso de entrenamiento (sippy cup), una cuchara de mango largo, muebles accesibles para sillas de ruedas, apoyo uno a uno, etc.)
16. **Firma del Preparador:** Firma de la persona que complete el formulario.
17. **Nombre en letra de Imprenta:** Nombre de la persona que completó la forma en letra de imprenta.
18. **Número de Teléfono:** Numero de teléfono de la persona que completó el formulario.
19. **Fecha:** Fecha en que el preparador firmó el formulario.
20. **Firma de la Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o alojamiento.
21. **Nombre en letra de Imprenta:** Nombre en letra de imprenta de la autoridad médica.
22. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
23. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firma el formulario.

La Enmienda de la Ley de Americanos con Discapacidades define una "discapacidad", en parte, como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida o la función corporal importante de un individuo. **(Para obtener información adicional acerca de la definición de discapacidad, por favor refiérase a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación del 1973 y la Enmienda de la Ley de Americanos con Discapacidades del 2008).** La información sobre el ADAAA, que amplió la definición de discapacidad, se puede encontrar en: <http://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/ComparisonofADAandADAAA.pdf>

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS CON COMIDAS ESPECIALES O ALOJAMIENTO

1. Nombre de la Escuela/Agencia	2. Lugar/Nombre del Proveedor	3. Numero de Teléfono del lugar:			
4. Nombre del Participante:		5. Edad o Fecha de Nacimiento:			
6. Nombre del Padre o Guardián:		7. Número de Teléfono:			
<p>8. Marcar una:</p> <p><input type="checkbox"/> Participante tiene una discapacidad, la cual puede incluir alergia a un alimento y requiere una comida especial o alojamiento. Las escuelas y agencias deben hacer modificaciones razonables a la comida para acomodar una discapacidad que restringe la dieta de un participante. Se pueden requerir modificaciones durante y para el servicio de alimentos. Las escuelas y agencias que participan en los programas federales de nutrición deben cumplir con las solicitudes para comidas especiales. Un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera practicante deben firmar este formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> Participante no tiene una discapacidad, pero está solicitando un alojamiento especial para un sustituto de la leche fluida que cumpla con los estándares de nutrientes para las bebidas no lácteas que se ofrecen como sustitutos de la leche. Las preferencias alimenticias no son un uso apropiado de esta forma. Las preferencias alimentarias no son un uso adecuado de este formulario. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a satisfacer las solicitudes razonables. Un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera practicante deben firmar este formulario.</p>					
9. Si el participante tiene una discapacidad, brinde una breve descripción de la actividad vital principal del participante afectada por la discapacidad:					
10. Prescripción de dieta y/o alojamiento:(por favor describa en detalle para asegurar una implementación apropiada – use páginas adicionales si es necesario)					
<p>11. Indique textura:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré </p>					
<p>12. Las escuelas y agencias no están obligadas a proporcionar la sustitución exacta u otra modificación solicitada. Sin embargo, debe ofrecer una modificación razonable que acomode efectivamente la discapacidad del participante y brinde la misma oportunidad de participar o beneficiarse de los programas federales de nutrición.</p> <p>Alimentos que deben omitirse y sustituciones disponibles / aceptables: (por favor enumere los alimentos específicos para ser omitidos y sugiera sustitutos. Usted tal vez necesite adjuntar una hoja con información adicional si es necesaria)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border: none;"> <p>A. Alimentos que Deben Omitirse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border: none;"> <p>B. Sustituciones Disponibles / Aceptables</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> </table>				<p>A. Alimentos que Deben Omitirse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. Sustituciones Disponibles / Aceptables</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A. Alimentos que Deben Omitirse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>B. Sustituciones Disponibles / Aceptables</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
13. Modificaciones para el servicio de comidas:					
14. Firma del Preparador*	15. Nombre en Letra de Imprenta	16. Número de Teléfono	17. Fecha:		
18. Firma de la Autoridad Médica*	20. Nombre en Letra de Imprenta	21. Número de Teléfono:	22. Fecha:		

*La firma del padre / tutor legal es aceptable para la sustitución de leche líquida para un niño con necesidades dietéticas distintas a discapacidad.
 ** Se requiere la firma de la Autoridad Médica para los participantes con discapacidad.