

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LYNN**  
**DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES**  
**PROGRAMAS DE NUTRICIÓN INFANTIL**

**INSTRUCCIONES**

**Nota:** De acuerdo con el 7 CFR, parte 226.20 y la Instrucción 783-2 del FNS, Rev.1, las sustituciones de alimentos por razones médicas sólo pueden hacerse cuando hay una declaración escrita de una autoridad médica. Esta declaración escrita debe incluir la razón médica y los alimentos alternativos recomendados.

1. **Escuela/Agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que proporciona el formulario a los padres.
2. **Sitio:** Escriba con letra de imprenta el nombre del sitio donde se servirán las comidas (por ejemplo, sitio escolar, centro de cuidado infantil, centro comunitario, etc.)
3. **Número de Teléfono del Sitio:** Escriba el número de teléfono del lugar donde se servirá la comida. Véase el número 2.
4. **Nombre del Participante:** Escriba en letra de imprenta el nombre del niño o adulto participante al que corresponde la información.
5. **Edad del Participante:** Escriba la edad del participante. En el caso de los niños, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Marque una:** Marque () una casilla para indicar si el participante tiene una discapacidad o no la tiene..
9. **Discapacidad o Condición Médica que Requiere una Comida Especial o una Adaptación:** Describa la condición médica que requiere una comida especial o una adaptación (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia a los cacahuetes/maní, etc.)
10. **Si el Participante Tiene una Discapacidad, Describa Brevemente la Actividad Vital Principal del Participante que se ve Afectada por la Discapacidad:** Describa cómo se ve afectada la condición física o médica por la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia a los cacahuetes provoca una reacción que pone en peligro la vida".
11. **Prescripción Dietética y/o Adaptación:** Describa una dieta específica o una adaptación que haya sido prescrita por un médico, o describa la modificación de la dieta solicitada para una condición no-incapacitante. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben ser líquidos o en forma de puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido".
12. **Indique la Textura:** Marque () una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
13. **A. Alimentos que Deben Omitirse:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo, "excluir la mantequilla de cacahuate".  
**B. Sustituciones Sugeridas:** Enumere los alimentos específicos que se deben incluir en la dieta. Por ejemplo, "pasta de semillas de girasol".
14. **Equipo Adaptivo:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al participante a comer. (Los ejemplos pueden incluir una taza para sorber, una cuchara de mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.)
15. **Firma del Preparador:** Firma de la persona que completó el formulario.
16. **Nombre en Letra de Imprenta:** Nombre en letra de imprenta de la persona que completó el formulario.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que completó el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en que el preparador firmó el formulario.
19. **Firma de la Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida o alojamiento especial.
20. **Nombre en Letra de Imprenta:** Nombre en letra de imprenta de la autoridad médica
21. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

La Ley de Enmienda de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADAA) define una "discapacidad", en parte, como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad vital importante o una función corporal importante de un individuo. (Para obtener información adicional sobre la definición de discapacidad, consulte la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades del 2008)

La información relativa a la ADA, que amplió la definición de discapacidad, puede encontrarse en:  
<http://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/ComparisonofADAandADAAA.pdf>

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LYNN  
DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR  
PROGRAMAS DE NUTRICIÓN INFANTIL  
COMIDAS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES**

1. Nombre de la Escuela/Agencia Escuelas Públicas de Lynn	2. Nombre de la Escuela	3. Número de teléfono del Sitio											
4. Nombre del Participante		5. Edad o Fecha de Nacimiento											
6. Nombre del Padre o Tutor		7. Número de Teléfono											
<p>8. Marque una Opción:</p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad o una condición médica y requiere una comida especial o una adaptación. (Consulte las definiciones en el reverso de este formulario.) Las escuelas y agencias que participan en los programas federales de nutrición deben cumplir con las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. <b>Un médico autorizado debe firmar este formulario.</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero solicita una comida especial o una adaptación debido a una intolerancia alimentaria u otras razones médicas. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Se anima a las escuelas y a las agencias que participan en los programas federales de nutrición a que tengan en cuenta las solicitudes razonables. <b>Este formulario debe ser firmado por un médico autorizado, un asistente médico certificado, o una enfermera.</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero solicita una adaptación especial para un <b>sustituto de la leche líquida</b> que cumpla con las normas de nutrientes para las bebidas no lácteas ofrecidas como sustitutos de la leche. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Se anima a las escuelas y a las agencias que participan en los programas federales de nutrición a que se adapten a las solicitudes razonables. <b>Este formulario debe ser firmado por un médico autorizado, un asistente médico certificado, una enfermera, o un padre o tutor.</b></p>													
9. Discapacidad o condición médica que requiere una comida especial o una adaptación													
10. Si el participante tiene una discapacidad, describa brevemente la principal actividad vital del participante afectada por la discapacidad:													
11. Prescripción dietética y/o adaptaciones: (describa detalladamente para garantizar la correcta aplicación-utilice las páginas adicionales que sean necesarias)													
<p>12. Indique la 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>13. Alimentos que deben omitirse y sustituciones: (enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones sugeridas. Puede adjuntar una hoja con información adicional si es necesario)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"><b>A. Alimentos que Deben Omitirse</b></td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"><b>B. Sustituciones Sugeridas</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>				<b>A. Alimentos que Deben Omitirse</b>	<b>B. Sustituciones Sugeridas</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>A. Alimentos que Deben Omitirse</b>	<b>B. Sustituciones Sugeridas</b>												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
14. Equipo Adaptivo													
15. Firma del Preparador *	16. Nombre en Letra de Imprenta	17. Número de Teléfono	18. Fecha										
19. Firma de la Autoridad Médica *	20. Nombre en Letra de Imprenta	21. Número de Teléfono	22. Fecha										

\*Se requiere la firma de un médico para los participantes con discapacidad. En el caso de los participantes sin discapacidad, el formulario debe ser firmado por un médico autorizado, un asistente médico o una enfermera. Se acepta la firma de los padres/tutores legales para la sustitución de la leche líquida para un niño con necesidades médicas o dietéticas especiales que no sean una discapacidad.

La información de este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del participante.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades

MA ESE julio 2017/USDA febrero 2015