

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Nombre del distrito escolar	2. Nombre de la escuela	3. Número de teléfono de la escuela																
4. Nombre del estudiante o participante		5. Edad o fecha de nacimiento																
6. Nombre del padre de familia o tutor legal		7. Número de teléfono																
8. Descripción del impedimento físico o mental del estudiante o participante afectado:																		
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación:																		
10. Indique la textura de los alimentos para el estudiante o participante: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré																		
11. Equipo de adaptación que se utilizará:																		
12. Alimentos que deben excluirse y sus substituciones adecuadas: <table><thead><tr><th>Alimentos que deben excluirse</th><th>Substituciones sugeridas</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>			Alimentos que deben excluirse	Substituciones sugeridas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Alimentos que deben excluirse	Substituciones sugeridas																	
_____	_____																	
_____	_____																	
_____	_____																	
_____	_____																	
_____	_____																	
_____	_____																	
_____	_____																	
13. Firma del dietista titulado y acreditado o del profesional de salud con licencia estatal																		
14. Nombre en letra de molde	15. Número de teléfono	16. Fecha																

* En California, a partir del 1 de abril de 2025, los dietistas titulados y acreditados (RD, por sus siglas en inglés) estarán autorizados para completar y firmar declaraciones médicas por escrito que soliciten modificaciones en las comidas escolares debido a una discapacidad. El Departamento de Educación de California (CDE, por sus siglas en inglés) también otorga esta facultad a los siguientes profesionales de salud con licencia estatal: médicos titulados, asistentes médicos y enfermeros especialistas en práctica médica.

*Este formulario también es válido si tiene una firma digital certificada.

La información en este formulario debe reflejar las necesidades médicas o nutricionales actuales del estudiante o participante.

INSTRUCCIONES

1. **Nombre del distrito escolar:** Escriba en letra de molde el nombre del distrito escolar que proporcionó el formulario al padre de familia o tutor legal.
2. **Nombre de la escuela:** Escriba en letra de molde el nombre de la escuela en donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono de la escuela:** Escriba en letra de molde el número de teléfono de la escuela en donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del estudiante o participante:** Escriba en letra de molde el nombre del estudiante o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del estudiante o participante:** Escriba en letra de molde la edad del participante. Si el participante es un bebé, escriba la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre de familia o tutor legal:** Escriba en letra de molde el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de teléfono:** Escriba en letra de molde el número de teléfono del padre de familia o tutor legal.
8. **Descripción del impedimento físico o mental del estudiante o participante afectado:** Describa la manera en que el impedimento físico o mental restringe la dieta del participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por la autoridad médica.
10. **Indique la textura de los alimentos para el estudiante o participante:** Si el participante no necesita alguna modificación, marque «Normal».
11. **Equipo de adaptación que se utilizará:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al estudiante o participante a comer (por ejemplo, tacita con popote integrado, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas, etc.).
12. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse.
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta.
13. **Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre en letra de molde:** Nombre en letra de molde de la autoridad médica.
15. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
16. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

Definiciones

Persona con una discapacidad: Se define como una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más actividades básicas de la vida cotidiana, tiene un historial de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

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

Un impedimento físico o mental incluye, pero no se limita a, enfermedades contagiosas y no contagiosas, enfermedades ortopédicas y visuales, impedimentos del habla, pérdida auditiva, parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, cardiopatías, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedades emocionales, dislexia y otros trastornos específicos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (sintomática o asintomática), tuberculosis, drogadicción y alcoholismo.

Las actividades básicas de la vida cotidiana incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, estar de pie, sentarse, alcanzar cosas, levantar cosas, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicarse, interactuar con los demás y trabajar; así como cualquier función corporal principal.

Las funciones corporales principales incluyen el funcionamiento y las funciones del sistema inmunológico; los órganos sensoriales especiales y la piel; el crecimiento normal de las células; y los sistemas digestivo, genitourinario, intestinal, vesical, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hemático, linfático, musculoesquelético y reproductor. El funcionamiento de una función corporal principal incluye el funcionamiento de un órgano individual dentro de un sistema corporal.

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe al USDA discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retaliación por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa se puede proporcionar en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (llamada de voz y TTY [teléfono de texto]) o con el USDA por medio del *Federal Relay Service* (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario AD-3027 - Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), que está disponible en cualquier oficina del USDA, llame al (866) 632-9992 o escriba una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta infracción de los derechos civiles. Envíe su formulario lleno o carta al USDA por:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C., 20250-9410
2. Fax: 833-256-1665 o 202-690-7442
3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.