



DECLARACIÓN MÉDICA

SOLICITUD DE ALOJAMIENTO DE COMIDAS DEBIDO A LA CONDICIÓN MÉDICA:

(1) Nombre del estudiante/participante	(2) Fecha de nacimiento	(3) Distrito/Organización
(4) Escuela/Sitio	(5) Nombre del Padre/Guardián, o Representante de Autenticación.	
(6) Teléfono (Padre/Guardián, o Representante de Autenticación)		
<p>(7) Determinación Al completar este formulario se determinó que el Estudiante/Participante tiene una condición médica o está discapacitado y requiere una comida o alojamiento especial basado en los siguientes criterios: La Ley de Enmiendas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en la ley) de 2008 hizo cambios importantes en el significado y la interpretación del término "discapacidad". Los cambios demostraron la intención del Congreso de restaurar el amplio alcance de la ADA facilitando que una persona establezca que tiene una discapacidad. Después de la aprobación de la Ley de Enmiendas de la ADA, la mayoría de los impedimentos físicos y mentales constituyen una discapacidad. Por lo tanto, en lugar de centrarse en si un participante tiene o no una discapacidad, los patrocinadores se centran en trabajar en colaboración con los padres, tutores o participantes para asegurar la igualdad de oportunidades para participar en los Programas de Nutrición Infantil y recibir el programa beneficios. "Persona discapacitada" <i>Cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más "actividades principales de la vida", tenga un registro de dicho impedimento, o se considere que tiene tal impedimento.</i> "Deterioro físico o mental": (1) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorios (incluyendo el habla) órganos; cardiovascular; reproductivo; digestivo; genitourinario; hémico y linfático; piel; y endocrino; o (2) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental, y discapacidades específicas del aprendizaje. "Actividades principales de la vida" están <i>ampliamente definidas e incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, de pie, levantar, doblar, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las "actividades principales de la vida" también incluyen el funcionamiento de una función corporal importante, incluyendo, pero no limitado a, funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, digestivo, intestino, vejiga, neurológico, cerebro, respiratorio, circulatorio, funciones reproductivas. (Véase 29 USC, 705(9) (b) y 42 USC, apartado 12101.)</i></p>		
(8) Proporcione una breve descripción del impedimento físico o mental del estudiante/participante que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida:		
(9) Prescripción dietética y/o alojamiento: (Describa en detalle para garantizar una correcta implementación)		
(10) Indicar textura: : <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picado <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Otro (describa)		

Instrucciones: Por favor, enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las alternativas recomendadas. Puede utilizar la parte posterior de este formulario o adjuntar una hoja con información adicional.			
(11) Los alimentos que deben omitirse		(12) Alternativas recomendadas	
(13) Equipo adaptativo:			
(14) Firma de la Autoridad Médica			
(15) Nombre impreso de la Autoridad Médica		(16) Teléfono	(17) Fecha
(18) Firma del Padre/Tutor	(19) Nombre impreso	(20) Teléfono	(21) Fecha

*Un médico con licencia, asistente médico, enfermero o dentista debe firmar este formulario
(línea 14)*

La información en este formulario debe actualizarse periódicamente para reflejar cualquier cambio en las necesidades médicas y /o nutricionales del participante.

INSTRUCCIONES: Rellene los campos con la siguiente información

- 1) Individuo que recibirá la comida.
- 2) Fecha de nacimiento del participante
- 3) Nombre de la organización donde se servirán las comidas del Programa de Nutrición Infantil.
- 4) Ubicación donde se servirá la comida (por ejemplo, sitio escolar, centro de cuidado infantil, centro comunitario, RCCI.)
- 5) Nombre del padre, tutor o representante autorizado del estudiante/participante (es decir, individuo responsable del cuidado del estudiante/participante en el programa CNP).
- 6) Número de teléfono del tutor, padre o representante autorizado.
- 7) Determinación de la condición médica o discapacidad con definiciones.
- 8) Describa cómo la afección afecta la alimentación. Por ejemplo: "La alergia a los cacahuets causa un shock anafiláctico que causa problemas para respirar, asfixia y muerte potencial a menos que la inyección de epinefrina se administra inmediatamente al niño y el niño es enviado a la sala de emergencias para el tratamiento de seguimiento."
- 9) Describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por un médico. Por ejemplo, "Todos los alimentos deben estar en forma líquida o puré. El niño no puede consumir alimentos sólidos".
- 10) Compruebe el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "regular". La categoría "otra" podría utilizarse para especificar cuándo se prescriben varias consistencias líquidas (es decir, delgado, néctar, miel, budín).
- 11) Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo, "exclusión de leche líquida".
- 12) Haz una lista de los alimentos específicos que debes incluir en la dieta. Por ejemplo, "leche reducida en lactosa, leche de soja".

- 13) Describa el equipo específico necesario para alimentar al participante. (Los ejemplos pueden incluir una taza de punta, una cuchara grande, muebles accesibles para sillas de rueda, etc.)
- 14) Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o alojamiento.
- 15) Nombre impreso de la autoridad médica.
- 16) Número de teléfono de la autoridad médica.
- 17) Indique cuándo se completó el formulario.
- 18) Firma del padre/tutor.
- 19) Nombre de impresión del padre/tutor.
- 20) Número de teléfono del padre/tutor.
- 21) Indique cuándo se completó el formulario.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades