

Declaración Medica para Solicitar Alimentos Especiales y/o Acomodaciones

(1) Nombre del Participante	(2) Edad o Fecha de Nacimiento	(3) Patrocinador	(4) Sitio
(5) Nombre de Padre, Guardian o Rep. Auto.	(6) Telefono (Padre, Guardian o Rep. Auto.)		(7) Telefono de Sitio

(8) **Debe elegir uno:**

Participante esta incapacitado o tiene una condición medica y requiere un alimento especial o una acomodación.(Refiera a la definición en el reverso de esta forma.) El Patrocinador debe cumplir con las adaptaciones para los alimentos especiales y cualquier equipo de adaptación. **Un médico titulado tiene que firmar esta forma.**

Participante no esta incapacitado, pero requiere un alimento especial o una acomodación especial. Ejemplo, puede incluir un alimento que no pueda tolerar. Pero, preferencias no son incluidas como un ejemplo. Los Patrocinadores son animados para que las acomodaciones sean solicitadas razonablemente. **Un médico titulado, ayudante del médico, o enfermera registrada tiene que firmar esta forma.**

(9) **Incapacidad o una condición medica requiere un alimento especial o una acomodación:**

(10) **En caso que el participante esta incapacitado, proporcione una descripción de la mayor actividad que afecto a el participante en su discapacidad:**

(11) **Describa la dieta y/o la acomodación:** (Favor describa en detalle, para asegurar que lo apropiado se realice)

(12) **Indique Textura:** Regular Trozos Molido Puré

Alimentos que deben ser excluidos y su substitución: Favor liste los especificos de los alimentos excluidos y la sugerencia de substitución. Puede usar la pagina al reverso para colocar una pagina con información adicional.

(13) Alimentos Excluidos	(14) Sugerencias de substitución

(15) Equipo Adaptivos: _____

(16) Firma del que Preparo la forma*	(17) Nombre en Imprinta	(18) Telefono	(19) Fecha
(20) Firma del Médico Autorizado*	(21) Nombre en Imprinta	(22) Telefono	(23) Fecha

*Firma del Médico es requerida para el participante con discapacidad. Para Participante sin discapacidad, un médico titulado, un ayudante del médico, o una enfermera registrada tiene que firmar la forma.

La información en esta forma debe ser actual y al día para que sean reflejados en los tratamientos medicos y/o las nutriciones que necesita el Participante.

El USDA y NSD son proveedores que dan oportunidades y son empleadores de igualdad

Instrucciones

1. Nombre del Participante
2. Edad del Participante. Para bebés, use Fecha de Nacimiento.
3. Patrocinador.
4. Sitio: Sitio donde el alimento será enviado (escuela, guardería, centro social, etc.)
5. Nombre del Padre, Guardian, Representante Autorizado
6. Teléfono: Número de teléfono de guardian, padre, o representante autorizado.
7. Teléfono del sitio: Número de teléfono del sitio donde el alimento será servido. Vea #4.
8. Eliga: Eliga si el participante está incapacitado o no está incapacitado.
9. Incapacidad o una condición médica que requiere un alimento especial: Describa la condición médica o que requiere un alimento especial o una acomodación. (diabético juvenil, alergia a cacahuates).
10. En caso que el participante está incapacitado, proporcione una descripción de la mayor actividad que afectó al participante en su discapacidad. Describa como la condición física afecta la discapacidad. Ejemplo: "Alergia a cacahuates causa un choque de anafilaxia que cause problemas respiratorios, sofocar y posibilidad de muerte, a menos que la inyección de epinefrina sea dada inmediatamente al niño y el niño sea enviado a la sala de emergencia para una medida complementaria.
11. Describa la dieta y/o acomodación: Describa en detalle la dieta y/o acomodación que ha sido recetada por el médico o describa la dieta modificada y pedida para un participante con una condición que tiene una no-incapacidad. Por ejemplo: "Todo el alimento tiene que ser en forma de líquido o puré. El niño no puede consumir alimentos sólidos"
12. Indique Textura: Eliga el tipo de textura del alimento que se requiere. Si el participante no necesita una modificación elija "regular."
13. Alimentos Excluidos: Liste los específicos que tienen que ser excluidos. Por ejemplo, "exclusión de leche."
14. Sugerencias de sustituciones: Liste los alimentos específicos que incluye la dieta. Por ejemplo, "leche reducida y lactosa, jugo con calcio fortificado."
15. Equipos Adaptivos: Describa los equipos específicamente que requiere el participante para su alimento. (ejemplo, incluye su taza para beber, una cuchara grande, silla de ruedas, muebles accesibles, etc.)
16. Firma del que completo la forma.
17. Nombre en imprenta: En imprenta el nombre del que completo la forma.
18. Teléfono: Número de teléfono de la persona que completo la forma.
19. Fecha
20. Firma de autoridad médica: Firma de la autoridad médica que está pidiendo el alimento especial o acomodación.
21. Nombre en imprenta: En imprenta el nombre de la autoridad médica.
22. Teléfono: Número de teléfono de la autoridad médica.
23. Fecha

Definiciones:

"Persona Discapacitada" es definida como cualquier persona que tiene una discapacidad física o un impedimento mental que tiene uno o más límites sustanciales o más actividades mayores, tiene registrado de un impedimento, o es considerado que tiene un impedimento.

"Físico o impedimento mental" significa (1) cualquier fisiológico desorden o condición, disfiguramiento facial, o pérdida anatómica afectando uno o más sistemas del cuerpo; neurológica; musculoesquelética; sentido de órganos especiales; respiratorio (incluyendo comunicación oral) órganos; cardiovascular; reproductivo; digestivo; genitourinario, hemático y linfático; piel, endocrino, o (2) cualquier desorden mental o fisiológico desorden, como retraso mental, desorden orgánico cerebral, emocional o enfermedad mental, y una incapacidad para aprendizaje.

"Actividades de vida mayores" son funciones como querer ser así mismo, hacer tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. "Registrado de un impedimento" es definido que tiene historia de, o ha sido clasificado incorrectamente que tiene un impedimento mental o impedimento físico que tiene uno o más límites sustanciales o más actividades de vida mayores.