

Formulario de declaración médica para solicitar comidas y/o adaptaciones especiales

Este formulario puede utilizarse para solicitar modificaciones en las comidas para los participantes de los Programas de Nutrición Infantil de Nebraska (el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos, y el Programa de Servicios Alimenticios de Verano). Hay tres tipos de solicitudes de modificación de comidas que pueden presentarse con este formulario (todas las opciones de solicitud requieren que el padre, la madre o el tutor completen primero las Secciones 1 a 9 en la Parte A del formulario):

- **Opción de modificación n.º 1:** se utiliza para solicitar la **sustitución de la leche de vaca líquida** debido a la intolerancia a la lactosa, a una dieta vegana, o por motivos religiosos, culturales o éticos. El padre, la madre o el tutor pueden realizar esta solicitud al completar la Sección 10 en la Parte A de este formulario. No se requiere la firma de un médico o autoridad médica ni que se complete la Parte B o la Parte C de la Declaración médica de este formulario. **Nota:** *La escuela/agencia puede, a su criterio, ofrecer un sustituto de la leche no lácteo nutricionalmente equivalente a un participante que tenga necesidad de una dieta médica o especial que NO amenace la vida ni se considere una condición discapacitante.*
- **Opción de modificación n.º 2:** se utiliza para solicitar una **modificación debido a una discapacidad**, incluida la posibilidad de una reacción alérgica grave (anafilaxia) a alimentos. Un médico matriculado (*doctor en medicina o médico osteópata*) debe completar la Parte B, Secciones 11 a 22. **Nota:** *Es obligatorio que las escuelas/agencias que participan en uno o más de los programas federales mencionados anteriormente realicen las adaptaciones para los participantes que no pueden ingerir comidas comunes debido a una discapacidad que restrinja su dieta.*
- **Opción de modificación n.º 3:** se utiliza para solicitar una **modificación en las comidas debido a una alergia o intolerancia a alimentos u otra afección médica** que no llega al nivel de una discapacidad. Un médico matriculado (*doctor en medicina o médico osteópata*), ayudante médico (*Physician's Assistant, PA*), enfermero registrado de práctica avanzada/enfermero registrado (*Advance Practice Registered Nurse-Nurse Practitioner, APRN-NP*) o médico quiropráctico deben completar la Parte C, Secciones 21 a 30. Un terapeuta médico matriculado especializado en nutrición (*Licensed Medical Nutrition Therapist, LMNT*) también puede completar y firmar la Parte C cuando actúe en consulta con un médico matriculado. **Nota:** *Las escuelas/agencias pueden, a su criterio, realizar sustituciones para los participantes que tengan necesidad de una dieta especial que no cumpla con la definición de discapacidad.*

Estimado padre/madre/tutor:

El *Formulario de declaración médica* ayuda a que las escuelas/agencias realicen modificaciones en las comidas para los participantes que las requieran. Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes proporcione este formulario completo y firmado a la escuela/agencia, más pronto el personal podrá preparar la comida requerida. Se requiere su firma para que la escuela/agencia tome medidas con respecto a la declaración médica. El personal de la escuela/agencia no puede modificar las texturas de las comidas, realizar sustituciones de comidas ni alterar la dieta del participante si no se completan las secciones necesarias de este formulario.

Definiciones* (según se utilizan a los fines de las declaraciones médicas y las solicitudes de modificación de este formulario):

El término “**discapacidad**” hace referencia, con respecto a una persona, a lo siguiente: (A) un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida de esa persona, (B) un registro de dicho impedimento o (C) cuando se considera que alguien padece ese impedimento. (*Consultar el Título 42 del Código de los Estados Unidos 12102*)*.

El término “**impedimento físico o mental**” hace referencia a (1) cualquier enfermedad o trastorno fisiológico, desfiguración estética o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: sistema neurológico; aparato locomotor; órganos especiales de los sentidos; sistema respiratorio, incluido el aparato vocal; sistema cardiovascular; sistema reproductivo, digestivo y genitourinario; sistema hematológico y linfático; piel; y glándulas endocrinas o (2) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome de causa orgánica, enfermedad mental o emocional e impedimentos específicos del aprendizaje. El término *impedimento físico o mental* incluye, entre otros, enfermedades y afecciones como impedimentos ortopédicos, visuales, auditivos y del habla; parálisis cerebral; epilepsia; distrofia muscular; esclerosis múltiple, cáncer; cardiopatías; diabetes; retraso mental; enfermedades emocionales; y drogadicción y alcoholismo. (*Consultar el Título 7 del Código de Regulaciones Federales, Parte 15b. 3fj*)*.

El término “**actividades principales de la vida**” incluye, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantarse, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Una actividad principal de la vida también incluye la operación de una función principal del cuerpo, incluidas, entre otras, las funciones del sistema inmunitario, la proliferación celular normal, y las funciones de los sistemas digestivo, intestinal, vesical, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, endocrino y reproductivo. (*Consultar el Título 42 del Código de los Estados Unidos 12102*)*.

El término “**tiene registro de dicho impedimento**” hace referencia a que el participante tiene antecedentes o ha sido clasificado de manera incorrecta como que padece un impedimento mental o físico que limita de manera sustancial una o más actividades principales de la vida. (*Consultar el Título 7 del Código de Regulaciones Federales, Parte 15b. 3fj*)*.

El término “**se considera que padece un impedimento**”, según se define en las regulaciones federales del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) en el Título 7 del Código de Regulaciones Federales, Parte 15b, hace referencia al participante que (1) tiene un impedimento físico o mental que no limita de manera sustancial las actividades principales de la vida, pero que para un receptor sí constituye esa limitación, (2) tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente las actividades principales de la vida únicamente debido a la actitud que toman otras personas con respecto a dichos impedimentos o (3) no padece ninguno de los impedimentos definidos en el párrafo (j) de esta sección, pero para un receptor sí constituye un impedimento. (Se denominará “receptor” a la escuela/agencia que recibe un reembolso de parte de los servicios de nutrición).*(Consultar el Título 7 del Código de Regulaciones Federales, Parte 15b. 3(m) y el Título 42 del Código de los Estados Unidos 12102)*.*

****Las definiciones se basan en la enmiendas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 (consultar el Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 12102) y en las regulaciones del Servicio de Alimentos y Nutrición del USDA (consultar el Título 7 del Código de Regulaciones Federales, Parte 15b). Consulte los textos completos de estas leyes y regulaciones para obtener más detalles.***

Nombre del participante _____

FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS Y/O ADAPTACIONES ESPECIALES

Este formulario debe utilizarse para solicitar modificaciones en las comidas para los participantes del Programa Nacional de Almuerzos Escolares, el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos, y el Programa de Servicios Alimenticios de Verano

(Consultar las instrucciones adjuntas para completar este formulario)

PARTE A: El padre, la madre o el tutor deben completar esta sección en letra de imprenta.		
1. Nombre del participante:	2. Fecha de nacimiento:	
3. Nombre de padre/madre/tutor:	4. Teléfono:	
5. Dirección:	6. Ciudad:	7. Estado/Código postal:
8. Dirección de correo electrónico:		
<p>9. Autorizo al personal de la escuela/agencia responsable de implementar la dieta recetada de mi hijo para que comparta información con los empleados correspondientes a fin de cumplir con esta solicitud de modificación de comidas en otras actividades de la escuela/agencia que involucren alimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____</p>		
<p>10. Opción de modificación n.º 1. Solicitud de sustitución de leche únicamente</p> <p>(Si corresponde, el padre, la madre o el tutor deben marcar la casilla y firmar):</p> <p><input type="checkbox"/> El participante solicita que se sustituya la leche de vaca líquida debido a intolerancia a la lactosa, a una dieta vegana, o por motivos religiosos, culturales o éticos. El padre, la madre o el tutor que firman el presente formulario pueden realizar esta solicitud de sustitución de leche.</p> <p>Firma de padre/madre/tutor: _____</p> <p>IMPORTANTE: <i>En el caso de un estudiante que no tenga una discapacidad reconocida, los únicos sustitutos de leche de vaca líquida permitidos por el USDA son los siguientes:</i></p> <p><i>(1) leche de vaca líquida deslactosada o una (2) bebida no láctea con un perfil nutricional equivalente al de la leche de vaca líquida según se indica en las regulaciones federales. Actualmente, las únicas bebidas que cumplen con estas especificaciones son ciertas marcas de leche de soja (8th Continent, Kikkoman Pearl y Pacific Brand Ultra).</i></p> <p>NO se requiere que un médico o autoridad médica firme y complete las Partes B y C de este formulario si esta es la única sustitución que se solicita.</p>		

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. prohíbe la discriminación de clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, si la totalidad o parte de los ingresos de una persona provienen de algún programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo, o

Nombre del participante _____

en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el Departamento. (No todos los motivos que se prohíben se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación ante Derechos Civiles, complete el Formulario de quejas por discriminación del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA). Encuétrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o llamando al (866) 632-9992 para solicitarlo. También puede escribir una carta con toda la información que se solicita en el formulario. Envíenos su formulario de quejas completo o la carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Como se mencionó anteriormente, no todos los motivos protegidos se aplican a todos los programas; *“los primeros seis motivos protegidos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad y sexo son los seis motivos protegidos para los solicitantes y beneficiarios de los Programas de Nutrición Infantil.*

Nombre del participante _____

PARTE B: (Opción de modificación n.º 2) Declaración médica *(Para participantes con una discapacidad)*

Se requiere que se complete la PARTE B de la Declaración médica cuando se solicita una modificación debido a una discapacidad, incluida la posibilidad de una reacción alérgica grave a alimentos (incluso anafilaxia).

Un médico matriculado (doctor en medicina o médico osteópata) debe completar lo siguiente:

11. **Discapacidad** *(Especificar la discapacidad, a qué alimentos es alérgico o intolerante, o la afección médica y explicar por qué la discapacidad restringe la dieta del participante)*

Marcar las actividades principales de la vida que resultan afectadas:

- Caminar Ver Oír Hablar Respirar Trabajar Aprender
 Realizar tareas manuales Cuidarse a sí mismo (incluso comer) Otra _____

Marcar las principales funciones del cuerpo posiblemente afectadas (ya sea de manera grave o a largo plazo):

- Endocrinas De crecimiento Respiratorias Neurológicas Circulatorias Vesicales Gastrointestinales
 Cardiovasculares Reproductivas Inmunitarias

Posibilidad de una reacción alérgica grave a alimentos (incluso anafilaxia). *Especificar el alimento o los alimentos:*

12. **Especificar cualquier restricción en la dieta o instrucciones de dieta especiales para las comidas:**

13. Si corresponde, enumere los alimentos que deben eliminarse y sustituirse en la dieta (adjuntar hojas adicionales si fuera necesario):

Alimentos que deben eliminarse	Sustituciones sugeridas

14. Modificar textura:	<input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/> Cortado	<input type="checkbox"/> Molido	<input type="checkbox"/> Hecho puré
15. Modificar el espesor de los líquidos:	<input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/> Jugo	<input type="checkbox"/> Miel	<input type="checkbox"/> Tipo pudín
16. Equipo de alimentación especial:	Si corresponde, indique el equipo de alimentación especial (p. ej., cuchara de mango grande, vaso con sorbete, etc.):			

Nombre del participante _____

17. Firma del doctor en medicina o médico osteópata:

18. Fecha:

19. Título/Nombre en letra de imprenta:

20. Teléfono:

Nombre del participante _____

PARTE C: (Opción de modificación n.º 3) Declaración médica (Para participantes sin una discapacidad)

Se requiere que se complete la PARTE C de la Declaración médica cuando se solicita una modificación debido a alergia o intolerancia a alimentos u otra afección médica que no llega al nivel de una discapacidad. *Tener en cuenta que es posible que la escuela/agencia sustituya alimentos, a su criterio, en el caso de niños que no tienen una discapacidad, pero que poseen una certificación médica que indica que tienen una necesidad alimenticia o médica especial.*

Un médico matriculado (doctor en medicina o médico osteópata) u otra autoridad médica reconocida para este propósito deben completar lo siguiente: ayudante médico (PA), enfermero registrado de práctica avanzada/enfermero registrado (APRN-NP) o médico quiropráctico. Un terapeuta médico matriculado especializado en nutrición (LMNT) también puede completar y firmar la Parte C cuando actúe en consulta con un médico matriculado. Tener en cuenta que El LMNT debe indicar el nombre del médico que deriva en la Sección 26.

21. **Diagnóstico** (Especificar a qué alimentos es alérgico o intolerante, o la afección médica y explicar por qué restringen la dieta del participante)

22. **Especificar cualquier restricción en la dieta o instrucciones de dieta especiales para las comidas:**

23. Si corresponde, enumere los alimentos que deben eliminarse y sustituirse en la dieta (adjuntar hojas adicionales si fuera necesario):

Eliminar los alimentos que se enumeran a continuación:

Sustituir los alimentos que se enumeran a continuación:

24. Modificar textura:

No se aplica

Cortado

Molido

Hecho puré

25. Modificar el espesor de los líquidos:

No se aplica

Jugo

Miel

Tipo pudín

Nombre del participante _____

26. Firma del médico/otra autoridad médica/LMNT:

27. Nombre del médico que deriva que trabaja con el LMNT
(*si corresponde*):

28. Título y nombre en letra de imprenta:

29. Número de teléfono:

30. Fecha:

Nombre del participante _____