

DECLARACIÓN MÉDICA

Estimado padre/madre/tutor: usted solicitó una adaptación para la comida de su hijo/a que no puede llevarse a cabo dentro de los requisitos federales del patrón de comidas para comidas escolares (SP 59-2016). Por lo tanto, con el objetivo de satisfacer las necesidades de su hijo/a, se debe completar este formulario y enviarlo a la escuela. El formulario debe completarse por un profesional de la salud matriculado estatal (doctor en medicina o médico osteópata), 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 completarlo y firmarlo cuando actúe en consulta con el médico matriculado.

Nombre de su hijo/a:		Fecha de nacimiento:
Nombre de padre/madre/tutor:		Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Dirección de correo electrónico:	Escuela a la que el niño/a asiste:	Grado:
Descripción del impedimento físico o mental del estudiante por lo que restringe la dieta:		
Especificar cualquier restricción en la dieta o instrucciones especiales para las comidas:		
Si corresponde, enumere los alimentos que se deben eliminar:		Si corresponde, enumere los alimentos que se deben sustituir:
Modificaciones de texturas:		Modificaciones de espesor:
Firma del profesional de la salud matriculado estatal:		Nombre del médico que deriva que trabaja con el LMNT (<i>si corresponde</i>):
Título y nombre en letra de imprenta:	Número de teléfono:	Fecha:

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. 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. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA, (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

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

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Para uso interno: información de la escuela

Enviar a: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de recepción del formulario por parte de la escuela: _____

Seguimiento: _____