



**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. <i>"Actividades principales de la vida" están 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, médico naturopático 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.



MEDICAL STATEMENT

REQUEST FOR MEAL ACCOMMODATION DUE TO MEDICAL CONDITION:

A licensed physician, physician assistant, nurse practitioner, naturopathic medical doctor or dentist must sign this form (line 14)

| | | | | |
|--|--|--|--|------------------------|
| (1) Name of Student/ Participant | | (2) Date of Birth | (3) District/Organization | (4) School/Site |
| (5) Name of Parent /Guardian, or Auth. Rep. | | | (6) Telephone (Parent /Guardian, or Auth. Rep.) | |
| <p>(7) Determination By completing this form it was determined that the Student/Participant has a medical condition or is disabled and requires a special meal or accommodation based on the following criteria: The Americans with Disabilities Act (ADA) Amendments Act of 2008 made important changes to the meaning and interpretation of the term "disability." The changes demonstrated Congress's intent to restore the broad scope of the ADA by making it easier for an individual to establish that he or she has a disability. After the passage of the ADA Amendments Act, most physical and mental impairments constitute a disability. Therefore, rather than focusing on whether or not a participant has a disability, sponsors focus on working collaboratively with parents, guardians or participants to ensure an equal opportunity to participate in the Child Nutrition Programs and receive program benefits. "Disabled person" Any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more "major life activities", has a record of such impairment, or is regarded as having such impairment. "Physical or mental impairment" means (1) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory (including speech) organs; cardiovascular; reproductive; digestive; genitourinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (2) any mental or psychological disorder, such as intellectual disability, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities. "Major life activities" are broadly defined and include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working. "Major life activities" also include the operation of a major bodily function, including but not limited to, functions of the immune system, normal cell growth, digestive, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, endocrine, and reproductive functions. (See 29 USC § 705(9) (b) and 42 USC § 12101.)</p> | | | | |
| (8) Provide a brief description of student/participant's physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activity: | | | | |
| (9) Diet prescription and/or accommodation: (Please describe in detail to ensure proper implementation) | | | | |
| (10) Indicate texture: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> Other (describe) | | | | |
| Instructions: Please list specific foods to be omitted and recommended alternatives. You may use the back of this form or attach a sheet with additional information. | | | | |
| (11) Foods to be Omitted | | | (12) Recommended Alternatives | |
| (13) Adaptive Equipment: | | | | |
| (14) Signature of Medical Authority | | (15) Medical Authority Printed Name | | (16) Telephone |
| (17) Date | | | | |
| (18) Signature of Parent/Guardian | | (19) Printed Name | | (20) Telephone |
| (21) Date | | | | |

The information on this form should be updated periodically to reflect any changes to the medical and/or nutritional needs of the participant.

INSTRUCTIONS: Fill in the fields with the following information

- 1) Individual who will receive the meal.
- 2) Date of Birth of participant
- 3) Name of the organization where Child Nutrition Program meals will be served.
- 4) Location where meal will be served (e.g., school site, child care center, community center, RCCI.)
- 5) Name of student/participant's parent, guardian, or authorized representative (i.e. individual responsible for the care of student/participant in CNP program).
- 6) Telephone number of guardian, parent, or authorized representative.
- 7) Determination of medical condition or disability with definitions.
- 8) Describe how condition affects eating. For example: "Allergy to peanuts causes anaphylactic shock which causes trouble breathing, choking, and potential death unless epinephrine injection is given immediately to the child and the child is sent to the emergency room for follow-up treatment."
- 9) Describe specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician. For example, "All foods must be either in liquid or pureed form. Child cannot consume any solid foods."
- 10) Check the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification check "regular". The "other" category might be used to specify when various liquid consistencies are prescribed (i.e. thin, nectar, honey, pudding).
- 11) List specific foods that need to be omitted. For example, "exclusion of fluid milk."
- 12) List specific foods to include in the diet. For example, "lactose reduced milk, soy milk."
- 13) Describe specific equipment required to feed the participant. (Examples may include tippy cup, large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.)
- 14) Signature of medical authority requesting the special meal or accommodation.
- 15) Print name of medical authority.
- 16) Telephone number of medical authority.
- 17) Indicate when form was completed.
- 18) Signature of parent/guardian.
- 19) Print name of parent/guardian.
- 20) Telephone number of parent/guardian.
- 21) Indicate when form was completed.

This institution is an equal opportunity provider