Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations (CDE Child Nutrition Programs, CNP 925 AUSD Rev 01/26)
T17-763 Spanish, Arial Font, 2 pages

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono

8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:

9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:

10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:

☐ **Normal** ☐ **Picada** ☐ **Molida** ☐ **Puré**

11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:

Alimentos que deben excluirse	Sustituciones sugeridas

12. Equipo de adaptación que se debe usar:

13. Firma del Dietista Registrado (RD) o del profesional de la salud con licencia estatal*

14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

***En California, a partir del 1 de abril de 2025, se permite que los Dietistas Registrados (RD) completen y firmen una declaración médica por escrito para modificaciones de comidas escolares debido a una discapacidad. El Departamento de Educación de California también permite que los siguientes profesionales de la salud con licencia del estado completen y firmen una declaración médica por una discapacidad: médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes.**

***Este formulario también se considera válido con una firma digital certificada.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.

2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.

3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.

4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.

5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.

6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.

7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.

8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.

9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.

10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque “Normal”.

11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
    Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).

12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).

13. **Firma del Dietista Registrado (RD) o del profesional de la salud con licencia estatal:** Firma del Dietista Registrado (RD) o del profesional de la salud con licencia estatal que solicita la comida especial o la adaptación.

14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.

15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado

16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

DEFINICIONES

Una persona con discapacidad se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades principales de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.
Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

“Tiene un historial de tal impedimento” significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.

Declaración de no Discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), la USDA, sus agencias, oficinas, empleados y las instituciones que participan en o que administran los programas tienen prohibido discriminar basado en motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense [ASL, por sus siglas en inglés], etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa a través del Servicio de Retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la página web Cómo presentar una queja por discriminación en el programa en https://www.usda.gov/es/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/como-presentar-una-queja-por-discriminacion-en-el-programa y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo u carta al USDA por:

(1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

La USDA es un proveedor de igualdad de oportunidades, empleador, y prestamista.