

**NOTA:  
PARA LAS SECRETARIAS DE  
LA ESCUELA: POR FAVOR  
DEVUELVAN LA COPIA  
BLANCA AL  
DEPARTAMENTO DE  
SERVICIOS DE COCINA.**

MEDICAL STATEMENT FOR SPECIAL MEALS

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CARMEL  
DECLARACIÓN MÉDICA  
PARA SOLICITAR COMIDAS O MODIFICACIONES ESPECIALES**

(1) Nombre del participante	(2) Edad o fecha de nacimiento	(3) Patrocinador	(4) Sitio
(5) Nombre del padre, tutor o representante autorizado	(6) Teléfono (padre, tutor o representante autorizado)	(7) Número telefónico del sitio	

**(8) SE DEBE MARCAR UNA CASILLA DE VERIFICACIÓN:**

El participante es minusválido o padece de una afección y *requiere* alimentos o modificaciones especiales (consulte la definición en el reverso de este formulario). Los patrocinadores deberán cumplir con las solicitudes de alimentos especiales y de todo equipo de adaptación.  
**Un médico titulado deberá firmar este formulario.**

El participante no es minusválido, pero *solicita* alimentos o adaptaciones especiales. Uno de los ejemplos podría ser una intolerancia a algún alimento. Sin embargo, la preferencia de ciertos alimentos no se incluirá como ejemplo. A los patrocinadores se les aconseja responder a las solicitudes razonables.  
**Un médico titulado, su asistente o una enfermera titulada deberán firmar este formulario.**

(9) Minusvalía o afección por la cual se requieren alimentos o adaptaciones especiales:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(10) Si el participante es minusválido, indique la principal actividad vital del participante que se ve afectada por su minusvalía:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(11) Dieta o modificación prescritas: **(Por favor ofrezca una descripción detallada para garantizar la propia implementación).**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(12) Indique la textura:      Ordinario       Picado       Molido       En puré

**Alimentos que se deberán evitar y sustitutos:** Por favor indique una lista de alimentos específicos que se habrán de evitar y sugiera sus sustitutos. Puede utilizar el reverso de este formulario o anexar una hoja con información adicional.

(13) Evítense los siguientes alimentos      (14) Sugerencias de sustitutos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(15) Equipo para la adaptación: \_\_\_\_\_

(16) Firma de quien prepara*	(17) Nombre en letra de molde	(18) Teléfono ( )	(19) Fecha
(20) Firma de la autoridad médica*	(21) Nombre en letra de molde	(22) Teléfono ( )	(23) Fecha

\*A los participantes minusválidos se les exige la firma de un médico. A los participantes no minusválidos, se les pide que les firmen el formulario un médico titulado, su asistente o una enfermera titulada.

## INSTRUCCIONES

USDA y NSD son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

- 1) Nombre del participante.
- 2) Edad del participante. En el caso de bebés lactantes, por favor indique la fecha de nacimiento.
- 3) Patrocinador.
- 4) Local. lugar donde se habrá de servir la comida (p. ej., recinto escolar, guardería, centro comunitario, etc.).
- 5) Nombre del padre, tutor o representante autorizado.
- 6) Teléfono. Número telefónico del tutor, padre de familia o representante autorizado.
- 7) Teléfono del sitio. Número telefónico del lugar donde se servirán los alimentos. Consulte el No. 4.
- 8) Casillas de verificación. Indique si el participante es minusválido o no.
- 9) Minusvalía o afección para la cual se necesitan alimentos especiales. Describa la afección que requiere una alimentación o modificación especial (p. ej., diabetes juvenil, alergia a los cacahuates).
- 10) Si el participante es minusválido, describa brevemente la principal actividad vital del participante que se ve afectada por su minusvalía. (Por ejemplo: "La alergia a los cacahuates le causa una reacción anafilóide que le dificulta la respiración, se podría ahogar o le podría causar la muerte a menos que al niño se le administre de inmediato una inyección de epinefrina y se le mande a la sala de urgencias para que reciba tratamiento complementario").
- 11) Dieta o modificación prescritas. Describa la dieta o modificación específica que el médico ha recetado, o bien, la modificación dietética que se solicita para una afección que no deja minusválida a la persona (por ejemplo: "Todos los alimentos deben ser líquidos o con consistencia de puré. El niño no puede consumir alimentos sólidos").
- 12) Indique la textura. Marque el tipo de textura que requiere el alimento. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque la opción "ordinario".
- 13) Evitar los siguientes alimentos. Indique los alimentos específicos que se habrán de evitar. Por ejemplo, "excluir leche líquida".
- 14) Sugerencias de sustitutos. Indique los alimentos específicos que se deberán incluir en la dieta. Por ejemplo, "leche con contenido de lactosa reducido, jugo fortificado con calcio".
- 15) Equipo para la adaptación. Indique el equipo específico necesario para darle de comer al participante (algunos ejemplos podrían ser un vaso equipado con tapa y boquilla, una cuchara con mango grande, muebles aptos para acceso con silla de ruedas, etc.).
- 16) Firma de quien prepara. Firma de la persona que llene el formulario.
- 17) Nombre en letra de molde. Escriba en letra de molde el nombre de la persona que llene el formulario.
- 18) Teléfono. Indique el número telefónico de la persona que llene el formulario.
- 19) Fecha.
- 20) Firma de la autoridad médica. Firma de la autoridad médica que solicite los alimentos o modificaciones especiales.
- 21) Nombre en letra de molde. Escriba en letra de molde el nombre de la autoridad médica.
- 22) Teléfono. Número telefónico de la autoridad médica.
- 23) Fecha.

### Definiciones:

**Persona minusválida.** Se define como persona minusválida a toda aquella que tiene un impedimento físico o mental que le limita significativamente una o más actividades vitales, tiene constancias de dicho impedimento o se considera que lo tiene.

**"Impedimento físico o mental"** es toda afección fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecta a uno o más de los siguientes sistemas: neurológico, musculoesquelético, órganos de sentidos especiales, órganos respiratorios (incluso el habla), cardiovascular, reproductivo, digestivo, genitourinario, hémico y linfático; cutáneo y endocrino, o bien, toda afección mental o psicológica, como por ejemplo retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y ciertos retrasos en el aprendizaje.

**"Principales actividades vitales"** son funciones tales como cuidar de sí mismo, realizar actividades manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. "Tiene constancias de dicho impedimento" significa que la persona tiene un historial clínico de algún impedimento mental o físico que le limita significativamente una o más actividades vitales, o bien, que su afección ha sido clasificada como impedimento mental o físico.

La información que figura en este formulario se deberá mantener al día de tal forma que indique las necesidades de nutrición actuales del participante.