



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food & Nutrition Services

Padre de familia/guardián: Devuelva este formulario a la enfermera en la escuela de su hijo(a). La enfermera luego informará al personal escolar y a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición sobre las necesidades de su hijo(a).

Enfermera: Envíe el formulario por fax al (202) 442-5634 o escanee y mande a food.dcps@dc.gov

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ADAPTACIONES ALIMENTARIAS Año Escolar 2015-2016

1. Nombre del estudiante	2. Número de identificación (ID) del estudiante (si lo conoce)	3. Fecha de nacimiento								
4. Escuela		5. Grado/salón de clase								
<p>6. Marque una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante tiene una discapacidad o una condición médica y <i>requiere</i> una comida o adaptación especial. (Consulte las definiciones en el reverso de este formulario). Las escuelas y las agencias que participan en los programas federales de nutrición deben cumplir con las solicitudes de comidas especiales y de cualquier equipo adaptivo. Un médico certificado (colegiado) debe firmar este formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante no tiene una discapacidad; sin embargo está solicitando una comida o adaptación especial debido a intolerancia(s) a los alimentos u otras razones médicas. Las preferencias de alimentos no constituyen un uso apropiado de este formulario. Se recomienda que las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición den cabida a las solicitudes razonables. Un médico certificado, médico asociado o enfermera profesional deben firmar este formulario.</p>										
7. Discapacidad o condición médica que requiere una comida o adaptación especial y explicación del motivo por el cual la discapacidad limita la dieta del estudiante:										
8. Si el estudiante tiene una discapacidad, proporcione una breve descripción de la actividad importante de la vida del estudiante que se ve afectada por la discapacidad:										
9. Prescripción de la dieta y/o adaptación: <i>(Describa detalladamente para garantizar la debida implementación; use más hojas conforme sea necesario)</i>										
<p>10. Indique la textura:</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cortado en trozos <input type="checkbox"/> Picado <input type="checkbox"/> Preparado como puré</p>										
<p>11. Alimentos que se deben omitir y sustituciones: <i>(Enumere los alimentos específicos que se deben omitir y las sustituciones sugeridas. (Puede adjuntar una hoja con información adicional conforme sea necesario)</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">A. Alimentos que se deben omitir</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">B. Sustituciones sugeridas</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>			A. Alimentos que se deben omitir	B. Sustituciones sugeridas	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A. Alimentos que se deben omitir	B. Sustituciones sugeridas									
_____	_____									
_____	_____									
_____	_____									
12. Equipo adaptivo:										
<p>13. Merienda/cena después del horario regular de clases:</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante participa en la programación después del horario regular de clases donde las EPDC proporcionan merienda o cena ligera y se necesita hacer adaptaciones.</p>										
14. Firma del padre de familia/tutor Legal	15. Nombre en letra de imprenta	16. Número de teléfono								
18. Firma de la autoridad médica*	19. Nombre en letra de imprenta	20. Número de teléfono								
		21. Fecha								

* Se requiere la firma del médico para estudiantes con discapacidad. Para los estudiantes que no tienen una discapacidad, un médico certificado, médico asociado o enfermera profesional deben firmar el formulario.

INSTRUCCIONES

1. **Nombre del estudiante:** Escriba en letra de imprenta el nombre del estudiante al que pertenece la información.
2. **Número de identificación (ID) del estudiante:** Escriba el número de ID del estudiante de 7 a 8 dígitos (si lo conoce).
3. **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento del estudiante (día/mes/año).
4. **Escuela:** Escriba en letra de imprenta el nombre de la escuela a la que el estudiante está asistiendo este año escolar.
5. **Grado/salón de clases:** Escriba el grado y el salón de clases (nombre del maestro(a) o número del salón de clases) del estudiante.
6. **Marque una opción:** Marque (✓) en el casillero para indicar si el estudiante tiene una discapacidad o si no tiene una discapacidad.
7. **Discapacidad o condición médica que requiere una comida o adaptación especial y explicación del motivo por el cual la discapacidad limita la dieta del estudiante:** Describa la condición médica que requiere una comida o adaptación especial y por qué la discapacidad limita la dieta del estudiante (por ej., la diabetes tipo 1, limita la cantidad de azúcar, carbohidratos y sodio que se incluyen en la dieta del estudiante).
8. **Si el estudiante tiene una discapacidad, proporcione una breve descripción de la actividad importante de la vida del estudiante que se ve afectada por dicha discapacidad:** Describa cómo una condición médica o física afecta la discapacidad (por ej., la alergia al maní (cacahuets) causa una reacción que pone en peligro la vida).
9. **Prescripción de la dieta y/o adaptación:** Describa una dieta o adaptación específica que ha sido prescrita por un médico o describa la modificación de la dieta solicitada por una condición no incapacitante (por ej., todos los alimentos deben estar en forma líquida o preparados como puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido).
10. **Indique la textura:** Marque (✓) en el casillero para indicar el tipo de textura del alimento que se requiere. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "normal".
11. **A. Alimentos que se deben omitir:** Enumere los alimentos específicos que se deben omitir (por ej., excluir leche líquida).
B. Sustituciones sugeridas: Enumere los alimentos específicos a ser incluidos en la dieta (por ej., leche de soya).
12. **Equipo adaptivo:** Describa el equipo especial requerido para asistir al participante con la comida (por ej., taza con popote (pajilla), cuchara de mango largo, mueble accesible para el uso de silla de rueda, etc.).
13. **Merienda/cena ligera después del horario escolar:** Marque (✓) en el casillero para indicar si el estudiante participa en la programación después del horario regular de clases donde se sirve la merienda o la cena ligera y las adaptaciones alimentarias conforme sean necesarias. Si el estudiante no participa, deje el casillero en blanco.
14. **Firma del padre de familia/tutor Legal:** Firma de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
15. **Nombre en letra de imprenta:** Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
16. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
17. **Fecha:** Fecha en que la persona que solicita la declaración médica firma el formulario.
18. **Firma de la Autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida o adaptación especial.
19. **Nombre en letra de imprenta:** Escriba en letra de imprenta el nombre de la autoridad médica.
20. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
21. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firma el formulario.

Las citas provienen de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, y Ley de Enmienda de ADA de 2008:

Una persona con una discapacidad se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades principales de la vida, tiene un historial de dicha discapacidad o se considera que tiene una discapacidad determinada.

Discapacidad física o mental significa (un) cualquier trastorno o condición psicológica, desfiguración cosmética, o pérdida anatómica que afecta uno o más sistemas orgánicos: neurológico; musculo-esquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio; habla; órganos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sistema hemático y linfático; piel; y endócrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, tal como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas del aprendizaje.

Las actividades principales de la vida incluyen sin limitación, cuidado personal (aseo), realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar (objetos), inclinarse, hablar, respirar, aprender, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Las necesidades fisiológicas principales se han agregado a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; crecimiento celular normal; y las funciones digestivas, intestinales, urinarias, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endócrinas y reproductivas.

"Tiene un historial de una discapacidad determinada" significa que una persona tiene, o ha sido clasificada como (o clasificada incorrectamente) como una persona que tiene, un historial de discapacidad mental o física que limita considerablemente una o más actividades importante de la vida.