

Declaración médica para solicitar comidas y/o adaptaciones especiales

La ley federal y la norma del USDA exigen que los programas de nutrición infantil realicen modificaciones razonables para adaptarse a los niños con discapacidad. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad vital importante o una función corporal, lo que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye las preferencias dietéticas personales.

Envíe este formulario a:	Nombre del sitio o proveedor:
---------------------------------	--------------------------------------

Parte I A rellenar por el padre/tutor o patrocinador o

Nombre del participante: _____
Nombre del padre / tutor: _____ Teléfono #: _____

Parte II Para ser completado sólo por un profesional de la salud con licencia estatal que esté autorizado a escribir recetas médicas bajo la ley estatal*. Conteste las preguntas 1-3.

<p>1. Describa la actividad principal de vida o la función corporal importante afectada por la discapacidad física o mental del participante que restringe la dieta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>2. Plan de Adaptaciones de Comida (Alimentos a omitir o evitar):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>3. Alimentos a sustituir y alternativas recomendadas (incluir modificación y adaptación):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Firma del Profesional de atención médica licenciado*:</p> <p>_____</p> <table><tr><td>Nombre</td><td>Firma</td><td>Fecha</td></tr></table>	Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha	

Part III uso exclusivo

Adaptación realizada: _____

Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

Instrucciones para rellenar el formulario de declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que proporciona el formulario
2. **Envíe este formulario a:** (ciudad) (condado) (estado) (código postal) (país) (nombre de la organización)