



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
Autoridad Escolar de Alimentos

7 de julio de 2017

**PADRES, MADRES O ENCARGADOS**

La Autoridad Escolar de Alimentos tiene la responsabilidad de ofrecer una alimentación adecuada, balanceada y gratuita a los niños y jóvenes puertorriqueños, desde el nivel preescolar hasta el superior, que participen de los servicios de alimentos escolares. Igualmente, tiene la disposición de sustituir o modificar la alimentación del estudiante en caso de que, por alguna condición médica, el estudiante no pueda consumir los alimentos que regularmente se ofrecen en el comedor escolar.

La Ley Pública 111-296, *Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010*, así como los reglamentos del Programa de Almuerzos Escolares y del Programa de Desayunos Escolares, establecen que el director de la escuela tiene que informar a los padres, madres o encargados sobre la disposición de sustituir o modificar la alimentación del estudiante. La modificación de la alimentación, por lo general, implica la sustitución de alimentos o, en algunos casos, otras modificaciones que satisfagan las necesidades de estos niños (algunos niños pueden necesitar modificaciones en la consistencia o textura de los alimentos, por mencionar un ejemplo).

Por lo antes expuesto, se aneja, a esta comunicación, información importante y pertinente sobre el procedimiento que debe seguirse para solicitar este servicio. Los padres, madres o encargados, que entiendan que no se ha atendido a su hijo de acuerdo con la modificación en la alimentación prescrita, pueden presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles y completar el *USDA Program Discrimination Complaint Form* (Formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que pueden encontrar en la siguiente página web:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)

También puede ser por medio de cualquier oficina del USDA o mediante llamada al: 866 632 9992, para solicitar el formulario. De igual forma, puede escribir una carta con toda la información que solicita el formulario. Envíenos su formulario de queja o carta por fax al: 202 690 7442, por correo electrónico a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov), por correo postal a:

U.S. Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, DC 20250-9410



131 Calle Federico Costas, Suite 100, Hato Rey, PR 00918, TEL. (787) 759-2000 EXT. 6138

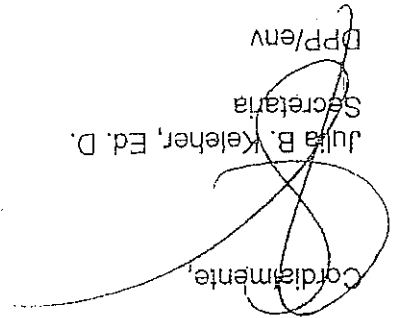
De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganzas por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitan los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8338. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el formulario de denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (888) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo; U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax al (202) 880-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del *Federal Relay Service* (Servicio Federal de Transmisión) al: 800 877 8339 y 800 845 6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

"Es responsabilidad de los directores de escuela hacer llegar a cada padre, madre o encargado, la información descrita en esta comunicación. A tales efectos, se incluye bofeto que deberá cumplimentar, certificando que la comunicación fue entregada. El director de la escuela deberá devolver el bofeto debidamente cumplimentado a la Autoridad Escolar de Alimentos, nivel central, por medio del supervisor de distrito."

Cordialmente,



Julia B. Keleher, Ed. D.

Secretaria

DPP/env

Apéndices

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del *Federal Relay Service* (Servicio Federal de Transmisión) al: 800 877 8339 y 800 845 6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

“Es responsabilidad de los directores de escuela hacer llegar a cada padre, madre o encargado, la información descrita en esta comunicación. A tales efectos, se incluye boleto que deberá cumplimentar, certificando que la comunicación fue entregada. El director de la escuela deberá devolver el boleto debidamente cumplimentado a la Autoridad Escolar de Alimentos, nivel central, por medio del supervisor de distrito.”

Cordialmente,

Julia B. Keleher, Ed. D.

Secretaria

DPP/env

Apéndice

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
Autoridad Escolar de Alimentos



CERTIFICACIÓN

REGIÓN: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE HE ENTREGADO LA COMUNICACIÓN SOBRE DIETAS PARA NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES A TODOS LOS PADRES, MADRES O ENCARGADOS DE LA ESCUELA DE LA COMUNIDAD:

(Nombre de la escuela)

NOMBRE DEL DIRECTOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA



**INFORMACIÓN SOBRE MODIFICACIÓN DE DIETA  
PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES**

DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN FEDERAL 7 CFR SECCIÓN 220.10 (b)(2), LA AUTORIDAD ESCOLAR DE ALIMENTOS OFERCE UNA DIETA MODIFICADA PARA AQUELLOS ESTUDIANTES QUE ASÍ LO SOLICITEN Y QUE ESTÉN CERTIFICADOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN NUTRICIONAL.

La política de no discriminación del Departamento de Agricultura Federal, según el reglamento CFR 15 b.3, y la reglamentación federal bajo la cual se rigen los programas de Desayuno Escolar (7CFR 220) y Almuerzo Escolar (7CFR 210), establece que se harán las modificaciones en las comidas servidas a niños cuya discapacidad requiere restricciones en la dieta, siempre y cuando un médico licenciado así lo certifique.

Un nutricionista licenciado del Departamento de Educación realiza la modificación dietética requerida. Además, se requiere la intervención e integración del personal de la Autoridad Escolar de Alimentos, del director de la escuela, de maestros y de padres, madres o encargados del estudiante afectado para lograr su integración a la escuela.

**¿Cómo solicitar los servicios de alimentación modificada?**

1. El padre, la madre o el encargado deberá notificar al director de la escuela la condición nutricional del estudiante.
2. El director de la escuela orientará al padre, la madre o el encargado sobre la documentación requerida y se comunicará con el personal de comedores escolares para solicitar los servicios necesarios y tramitar los documentos requeridos.



131 Calle Federico Costas, Suite 100, Hato Rey, PR. 00918. TEL. (787) 759-2000 EXT. 6138

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), por sus siglas en inglés) se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el formulario de denuncia de discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (666) 622-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax al (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program\\_discrim@usda.gov](mailto:program_discrim@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**?Qué 3 documentos se requieren para atender la dieta prescrita al estudiante?**

1. Prescripción médica de la dieta ordenada, deberá incluir:
  - a. Código del diagnóstico
  - b. Dieta prescrita (con el requerimiento calórico, si es necesario)
  - c. Sustitución de alimento(s), si alguno
  - d. Suplemento nutricional a comprar, si alguno
  - e. Modificación en la consistencia del alimento, de ser requerido
2. Llenar el Informe Médico – Dietas Especiales o Acomodo Razonable debidamente firmado (apéndice) por un médico licenciado.
3. Plan de alimentación trabajado por un nutricionista dietista licenciado.

a. Se requiere el desglose del requerimiento calórico por día y el desglose de las raciones por grupo de alimentos.

Una vez sometidos, los documentos requeridos, **?cuándo comienza el estudiante a recibir el servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada?**

El servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada, comenzará luego de que:

1. el nutricionista dietista de la Autoridad Escolar de Alimentos trabaje lo establecido en el documento del patrón alimentario del estudiante con el propósito de:

- a. ordenar la compra de los alimentos o suplementos, si alguno,
- b. ordenar la compra, así como el equipo necesario y requerido, para la preparación de los alimentos, si fuera necesario.
- c. preparar un documento del patrón alimentario con los alimentos ofrecidos en el comedor escolar, que se entregará al supervisor de distrito y al profesional de servicios de alimentos II, además de la orientación y asesoría que requiera el personal.

2. la compra de los alimentos, suplementos o equipo requerido para la preparación, confección y servicio de la dieta modificada se haya entregado al comedor escolar.

**?Que 3 documentos se requieren para atender la dieta prescrita al estudiante?**

1. Prescripción médica de la dieta ordenada, deberá incluir:
  - a. Código del diagnóstico
  - b. Dieta prescrita (con el requerimiento calórico, si es necesario)
  - c. Sustitución de alimento(s), si alguno
  - d. Suplemento nutricional a comprar, si alguno
  - e. Modificación en la consistencia del alimento, de ser requerido
2. Llenar el Informe Médico – Dietas Especiales o Acomodo Razonable debidamente firmado (apéndice) por un médico licenciado.
3. Plan de alimentación trabajado por un nutricionista dietista licenciado.
  - a. Se requiere el desglose del requerimiento calórico por día y el desglose de las raciones por grupo de alimentos.

Una vez sometidos, los documentos requeridos, **?cuándo comienza el estudiante a recibir el servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada?**

El servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada, comenzará luego de que:

1. el nutricionista dietista de la Autoridad Escolar de Alimentos trabaje lo establecido en el documento del patrón alimentario del estudiante con el propósito de:

- a. ordenar la compra de los alimentos o suplementos, si alguno.
- b. ordenar la compra, así como el equipo necesario y requerido, para la preparación de los alimentos, si fuera necesario.
- c. preparar un documento del patrón alimentario con los alimentos ofrecidos en el comedor escolar, que se entregará al supervisor de distrito y al profesional de servicios de alimentos II, además de la orientación y asesoría que requiera el personal.

2. la compra de los alimentos, suplementos o equipo requerido para la preparación, confección y servicio de la dieta modificada se haya entregado al comedor escolar.

### Responsabilidades del personal de la Autoridad Escolar de Alimentos

- El nutricionista dietista y el supervisor de distrito trabajarán las gestiones, en coordinación y con premura, con el personal del componente fiscal para la adquisición de alimentos, suplementos y equipo necesario y requerido en la dieta modificada (si alguno).
- El personal del componente fiscal trabajará con diligencia el trámite descrito en el punto anterior.
- El nutricionista dietista y el supervisor de distrito trabajarán en coordinación para orientar al profesional de servicios de alimentos II, a padres, madres o encargados y a maestros, si fuera necesario, sobre la dieta modificada del estudiante.
- El profesional de servicios de alimentos II supervisará y se asegurará que la preparación y servicio de la dieta modificada se realice de acuerdo con las recomendaciones sometidas por el nutricionista dietista licenciado de la Autoridad Escolar de Alimentos. Cumplimentará el formulario *Seguimiento del Plan de Alimentación en el comedor escolar*, si lo amerita.

### Responsabilidades del padre, la madre o el encargado del estudiante

- Entregar la documentación requerida y descrita en esta comunicación al director de la escuela.
- Asistir a las orientaciones convocadas por personal de la Autoridad Escolar de Alimentos.
- Colaborar en la orientación y motivación al estudiante para el consumo de la dieta modificada.
- Seguir las indicaciones de la dieta especial en la preparación de los alimentos en el hogar.
- Actualizar y entregar anualmente la documentación requerida (prescripción médica y plan de alimentación).

### Responsabilidades del estudiante

- Es responsable de asistir al comedor escolar diariamente y consumir los alimentos que se preparan especialmente según su dieta modificada.
- Notificará a la encargada del comedor escolar cualquier situación que surja en relación con su dieta.

DPP/env





**SEGUIMIENTO PLAN DE ALIMENTACIÓN - COMEDOR**

**NOTIFICACION**

A: PADRES O ENCARGADOS

Aviso num. \_\_\_\_\_

Ref: Dieta Modificada \_\_\_\_\_

Para atender con premura situaciones en las que el estudiante presente dificultad para seguir el plan de alimentación asignado por su condición nutricional.

Nombre \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Indique la situación que debe atenderse por el bien del estudiante (puede marcar más de una):

Situación	(V)	Comentarios
• No asiste al comedor		
• No le gusta el alimento (sustituto)		
• Llega al comedor, toma la bandeja pero no la come		
• Se ausenta ocasionalmente del comedor escolar		

Otras: \_\_\_\_\_

Discutido con \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ (Maestra)

Firma del encargado del comedor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ día, mes, año

El encargado del comedor escolar cumplimentará este documento.

\*Este aviso se entregará al padre, madre o encargado por medio del maestro o del director escolar. Se deberá retener una copia en el comedor escolar.



**MEDICAL STATEMENT TO REQUEST  
SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS**

1. School/Agency Name		2. Site Name	3. Site Telephone Number
4. Name of Participant		5. Age or Date of Birth	
5. Name of Parent or Guardian		7. Telephone Number	
<p>8. Check One:</p> <p><input type="checkbox"/> Participant has a disability or a medical condition and requires a special meal or accommodation. (Refer to instructions on reverse side of this form.) Schools and agencies participating in federal nutrition programs must comply with requests for special meals and any adaptive equipment. A licensed physician must sign this form.</p> <p><input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special meal or accommodation due to food intolerance(s) or other medical reasons. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests. A licensed physician must sign this form.</p> <p><input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special accommodation for a fluid milk substitute that meets the nutrient standards for non-daily beverages offered as milk substitutes. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests. A licensed physician must sign this form.</p>			
<p>9. Disability or medical condition requiring a special meal or accommodation:</p> <p>10. If participant has a disability, provide a brief description of participant's major life activity affected by the disability:</p> <p>11. Diet prescription and/or accommodation (please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed)</p> <p>12. Foods to be omitted and substitutions (please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. You may attach a sheet with additional information as needed)</p> <p>A. Foods to Be Omitted _____</p> <p>B. Suggested Substitutions _____</p>			
<p>13. Indicate texture:</p> <p><input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed</p> <p>14. Adaptive Equipment _____</p>			
15. Signature of Preparer		16. Printed Name	17. Telephone Number
19. Signature of Medical Authority		20. Printed Name	21. Telephone Number
		22. Date	

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

The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or protected genetic information in employment or activity conducted or funded by the Department.) Complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at <http://www.usda.gov/complaint>, or at any USDA office, or call (866) 632-9292 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-6410, by fax (202) 690-7442 or email at [complaints@usda.gov](mailto:complaints@usda.gov). Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339, or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

REC'D  
JUL 12 2017

(For additional information on the definition of disability, please refer to Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Americans with Disabilities Act Amendments Act (ADAAA) of 2008) <http://www.law.georgetown.edu/archives/documents/ComparisonofADAandADAAA.pdf>

1. School/Agency: Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent center, etc.)
2. Site: Print the name of the site where meals will be served (e.g., school site, child care center, community center, etc.)
3. Site Telephone Number: Print the telephone number of site where meal will be served. See #2.
4. Name of Participant: Print the name of the child or adult participant to whom the information pertains.
5. Age of Participant: Print the age of the participant. For infants, please use Date of Birth.
6. Name of Parent or Guardian: Print the name of the person requesting the participant's medical statement.
7. Telephone Number: Print the telephone number of parent or guardian.
8. Check One: Check (✓) a box to indicate whether participant has a disability or does not have a disability.
9. Disability or Medical Condition Requiring a Special Meal or Accommodation: Describe the medical condition that requires a special meal or accommodation (e.g., juvenile diabetes, allergy to peanuts, etc.)
10. If Participant has a Disability, Provide a Brief Description of Participant's Major Life Activity Affected by the Disability: Describe how physical or medical condition affects disability. For example: "Allergy to peanuts causes a life-threatening reaction."
11. Diet Prescription and/or Accommodation: Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician, or describe diet modification requested for a non-disabling condition. For example: "All foods must be either in liquid or pureed form. Participant cannot consume any solid foods."
12. Indicate Texture: Check (✓) a box to indicate the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification, check "Regular".
13. A. Foods to Be Omitted: List specific foods that must be omitted. For example, "exclude fluid milk".  
B. Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet. For example, "calcium fortified juice."
14. Adaptive Equipment: Describe specific equipment required to assist the participant with dining. (Examples may include a sippy cup, a large handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.)
15. Signature of Preparer: Signature of person completing form.
16. Printed Name: Print name of person completing form.
17. Telephone Number: Telephone number of person completing form.
18. Date: Date preparer signed form.
19. Signature of licensed physician: Signature of licensed physician requesting the special meal or accommodation.
20. Printed Name: Print name of licensed physician.
21. Telephone Number: Telephone number of medical authority.
22. Date: Date licensed physician signed form.

The American with Disabilities Act (ADAAA) defines a "disability," in part, as a physical or mental impairment that substantially limits a major life activity or major bodily function of an individual.

**REQUEST  
SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS  
INSTRUCTIONS**

ADDITIONAL INFORMATION  
 JUL 12 2017  
 101010

REQUEST  
 SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS  
 INSTRUCTIONS

1. School/Agency: Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.
2. Site: Print the name of the site where meals will be served (e.g., school site, child care center, community center, etc.)
3. Site Telephone Number: Print the telephone number of site where meal will be served. See #2.
4. Name of Participant: Print the name of the child or adult participant to whom the information pertains.
5. Age of Participant: Print the age of the participant. For infants, please use Date of Birth.
6. Name of Parent or Guardian: Print the name of the person requesting the participant's medical statement.
7. Telephone Number: Print the telephone number of parent or guardian.
8. Check One: Check (✓) a box to indicate whether participant has a disability or does not have a disability.
9. Disability or Medical Condition Requiring a Special Meal or Accommodation: Describe the medical condition that requires a special meal or accommodation (e.g., Juvetille diabetes, allergy to peanuts, etc.)
10. If Participant has a Disability, Provide a Brief Description of Participant's Major Life Activity Affected by the Disability: Describe how physical or medical condition affects disability. For example: "Allergy to peanuts causes a life-threatening reaction."
11. Diet Prescription and/or Accommodation: Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician, or describe diet modification requested for a non-disabling condition. For example: "All foods must be either in liquid or pureed form. Participant cannot consume any solid foods."
12. Indicate Texture: Check (✓) a box to indicate the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification, check "Regular."
13. A. Foods to Be Omitted: List specific foods that must be omitted. For example, "exclude fluid milk."  
 B. Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet. For example, "calcium fortified juice."
14. Adaptive Equipment: Describe specific equipment required to assist the participant with dining. (Examples may include a sippy cup, a large handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.)
15. Signature of Preparer: Signature of person completing form.
16. Printed Name: Print name of person completing form.
17. Telephone Number: Telephone number of person completing form.
18. Date: Date preparer signed form.
19. Signature of licensed physician: Signature of licensed physician requesting the special meal or accommodation.
20. Printed Name: Print name of licensed physician.
21. Telephone Number: Telephone number of medical authority.
22. Date: Date licensed physician signed form.

The American with Disabilities Act (ADA) defines a "disability," in part, as a physical or mental impairment that substantially limits a major life activity or major bodily function of an individual.

(For additional information on the definition of disability, please refer to Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Americans with Disabilities Act Amendments Act (ADAAA) of 2008) Information regarding the ADA, which expanded the definition of disability, can be found at: <http://www.law.georgetown.edu/archived/documents/compartsortofADAAandADAAA.pdf>