



INFORME MÉDICO - DIETAS ESPECIALES Y/O ACOMODO RAZONABLE

La información en este formulario debe ser **actualizada** para que refleje las necesidades médicas o nutricionales del participante.

1. Nombre de escuela/agencia:		2. Nombre escuela o sitio:		3. Núm. teléfono escuela o sitio:	
4. Nombre del participante:				5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre o tutor:				7. Número teléfono: E-mail:	
8. Marque Uno:					
<input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad o una condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable. (Refiérase a las instrucciones al reverso de este formulario). Agencias y escuelas que participen en un programa de nutrición federal deben cumplir con la solicitud de dietas especiales y cualquier equipo necesario para ésta. Un médico licenciado debe firmar este formulario.					
<input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero requiere una dieta especial o acomodo razonable debido a intolerancia (s) a alimento (s) u otra razón médica. Este documento no se utiliza para preferencias de alimentos. Se recomienda a las agencias y escuelas que participen en un programa de nutrición federal que atiendan las solicitudes de acomodo razonable. Un médico licenciado debe firmar este formulario.					
<input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero por una condición médica, requiere un acomodo razonable para un sustituto de leche fluida que cumple con los requisitos nutricionales para bebidas libres de lactosa ofrecidas como sustituto de leche. Se recomienda a las agencias y escuelas que participen en un programa de nutrición federal que atiendan las solicitudes de acomodo razonable. Un médico licenciado debe firmar este formulario.					
9. Discapacidad o condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable:					
10. Si el participante tiene una discapacidad, describa brevemente las actividades cotidianas que mayormente se ven afectadas por el mismo:					
11. Dieta prescrita y/o acomodo razonable (favor describir detalladamente para asegurar una implantación o uso correcto. Utilice páginas adicionales, de ser necesario):					
12. Alimentos a omitir y sustituciones (favor enumerar los alimentos específicos a omitir y sustituciones sugeridas. Incluya una hoja adicional, de ser necesario):					
A. Alimentos a omitir			B. Sustituciones Sugerida		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
13. Indique textura: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Trozada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré					
14. Equipo especial:					
15. Firma de la persona que completa el documento		16. Nombre en letra de molde		17. Número Teléfono	18. Fecha
19. Firma del médico y número de licencia		20. Nombre en letra de molde		21. Número Teléfono	22. Fecha

Rev. Julio 2018

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

Instrucciones para Solicitar Dietas Especiales y/o Acomodo Razonable

1. **Escuela/Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que provee el formulario a los padres.
2. **Lugar:** Escriba el nombre del sitio en el que se servirán las comidas (por ejemplo, escuela, centro de cuido, centro comunitario, etc.)
3. **Número de Teléfono del Sitio:** Escriba el número de teléfono del lugar donde se servirán las comidas. Vea #2
4. **Nombre del Participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del Participante:** Escriba la edad del participante. Para infantes, favor indicar fecha de nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita el certificado médico del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Marque Uno:** Marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar si el participante tiene una discapacidad o no.
9. **Discapacidad o Condición Médica que Requiere una Dieta Especial o Acomodo Razonable:** Describa la condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia al maní, etc.)
10. **Si el Participante tiene una discapacidad, Describa Brevemente la Actividad Cotidiana Principal que se ve Afectada:** Describa cómo la condición física o médica afecta la discapacidad del participante. Por ejemplo: "La alergia al maní causa una reacción altamente peligrosa que puede poner en riesgo la vida".
11. **Dieta Prescrita y/o Acomodo razonable:** Describa las especificaciones de la dieta o acomodo razonable que han sido prescritas por el médico o la dieta modificada requerida para una condición no incapacitante, por ejemplo: Todos los alimentos deben servirse de forma líquida o como puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido.
12. a) **Los Alimentos a Omitir:** Enumere los alimentos específicos que deben ser omitidos. Por ejemplo, "excluir la leche fluida".
b) **Sustitutos Sugeridos:** Enumere los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta. Por ejemplo, "jugo fortificado con calcio".
13. **Indicar Textura: Marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar el tipo de textura requerida para los alimentos. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".**
14. **Equipo Especial:** Describa el equipo especial necesario que ayudará al participante a consumir los alimentos. (Algunos ejemplos pueden ser: taza o vaso con sorbeto, una cuchara grande con mango especial, mueble con acceso para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma:** Firma de la persona que completa el formulario.
16. **Nombre en Letra de Molde:** Escriba el nombre de la persona que completa el formulario.
17. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la persona que completa el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en que se preparó el formulario.
19. **Firma del Médico y número de licencia:** Firma del médico y el número de licencia.
20. **Nombre en letra de molde :** Escribir el nombre del médico en letra de molde.
21. **Número de Teléfono:** Número de teléfono del médico.
22. **Fecha:** Fecha que el médico firmó el formulario.