



**DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES**

1. Agencia <b>FRAMAX</b>	2. Nombre de proveedor/a	3. Teléfono de proveedor/a	
4. Nombre del niño		5. Fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño:			
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:			
<b>Alimentos que deben excluirse</b>		<b>Sustituciones sugeridas</b>	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*	14. Nombre con letra de molde	15. Teléfono	16. Fecha

\*Para este propósito y según el [Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1150](#), el Departamento de Servicios Sociales de California considera que un profesional de la salud con licencia estatal en California es un médico, un dentista o siguientes profesionales de la salud con licencia cuando actúan dentro del alcance de su capacidad para escribir recetas: asistente médico enfermera practicante medico naturópata, enfermera registrada y proveedor fuera del estado.

**La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante.**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en [Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

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

## INSTRUCCIONES

1. **Agencia:** Framax es el nombre de la agencia que le proporcionó el formulario al proveedor y al padre o madre.
2. **Nombre de proveedor/a de cuidado de niños:** Escriba con letra de molde el nombre del proveedor en donde se servirán los alimentos.
3. **Teléfono de proveedor/a:** Escriba con letra de molde el número de teléfono del proveedor/a en donde servirán los alimentos.
4. **Nombre del niño:** Escriba con letra de molde el nombre del niño a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño:** Escriba con letra de molde la fecha de nacimiento del niño.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de molde el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de molde el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño:** Si el niño no necesita ninguna modificación, marque "Normal".
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).  
**Sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño a comer (por ejemplo, taza de entrenamiento para bebés, cuchara de mango largo, adaptaciones para acceso de silla de ruedas etc.).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita alimentos especiales o adaptaciones.
14. **Nombre con letra de molde:** Nombre con letra de molde del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

**Citas extraídas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:**

**Una persona con discapacidad** se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

**Impedimento físico o mental** significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; músculo esquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

**Actividades principales de la vida** incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

**“Tiene un historial de tal impedimento”** significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.