

DECLARACIÓN MÉDICA

Estimado padre/madre/tutor: usted solicitó una adaptación para la comida de su hijo/a que no puede llevarse a cabo dentro de los requisitos federales del patrón de comidas para comidas escolares (SP 59-2016). Por lo tanto, con el objetivo de satisfacer las necesidades de su hijo/a, se debe completar este formulario y enviarlo a la escuela. El formulario debe completarse por un profesional de la salud matriculado estatal (doctor en medicina o médico osteópata), ayudante médico (PA), enfermero registrado de práctica avanzada/enfermero registrado (APRN-NP) o médico quiropráctico. Un terapeuta médico matriculado especializado en nutrición (LMNT) también puede completarlo y firmarlo cuando actúe en consulta con el médico matriculado.

Nombre de su hijo/a:		Fecha de nacimiento:
Nombre de padre/madre/tutor:		Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Dirección de correo electrónico:	Escuela a la que el niño/a asiste:	Grado:
Descripción del impedimento físico o mental del estudiante por lo que restringe la dieta:		
Especificar cualquier restricción en la dieta o instrucciones especiales para las comidas:		
Si corresponde, enumere los alimentos que se deben eliminar:	Si corresponde, enumere los alimentos que se deben sustituir:	
Modificaciones de texturas:	Modificaciones de espesor:	
Firma del profesional de la salud matriculado estatal:	Nombre del médico que deriva que trabaja con el LMNT (<i>si corresponde</i>):	
Título y nombre en letra de imprenta:	Número de teléfono:	Fecha:

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normas y disposiciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por su sigla en inglés), se prohíbe a esta institución discriminar a causa de raza, color de piel, nacionalidad, sexo (lo que incluye identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o como represalia por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

Es posible que la información sobre programas esté disponible en otros idiomas, además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para recibir información sobre el programa (p. ej.: sistema braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con el organismo estatal o local responsable que administre el programa o el Centro TARGET del USDA al 202-720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Trasmisión al 800-877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en relación con el programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, formulario de quejas por discriminación del programa del USDA, que puede obtenerse en línea, de cualquier oficina del USDA, llamando al 800-632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del denunciante, su dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por su sigla en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben entregarse al USDA por:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington,
D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Para uso interno: información de la escuela

Enviar a: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de recepción del formulario por parte de la escuela: _____

Seguimiento: _____