

Distrito Escolar de McMinnville
Declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones

La ley federal y los reglamentos del USDA exigen que los Programas de Nutrición Infantil realicen modificaciones razonables para acomodar a los niños con discapacidades. 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 las preferencias dietéticas personales.

Nombre del sitio/proveedor:	Envíe este formulario a: Distrito Escolar de McMinnville, Servicios de Nutrición
------------------------------------	--

Parte I Lo debe completar el padre/madre/tutor, participante adulto o el Distrito Escolar de McMinnville

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

NOTA: Las secciones II y III se han dejado en inglés debido a que el personal médico y el personal escolar son los responsables de completar dichas secciones.

Part II To be completed only by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Dietitian** (CACFP and SNP only).

1. Describe the major life activity or major bodily function(s) affected by the participant's physical or mental impairment that restricts the diet: _____ _____ _____		
2. Meal Accommodation Plan (Foods to omit or avoid): _____ _____ _____		
3. Foods to be substituted and recommended alternatives (include modification and accommodation): _____ _____ _____		
Signature of State Licensed Health Care Professional* or Registered Dietitian**: _____		
Printer Name	Signature	Date

Part III McMinnville School District Use Only

Accommodation(s) Made: _____	
Sponsor Signature: _____ Date: _____	

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de preferencia de comidas:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que facilita el formulario
2. **Nombre del sitio/proveedor:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar donde se servirán las comidas (por ejemplo, Escuela ABC, Guardería XYZ)
3. **Envíe este formulario a:** Incluya el nombre y la información de contacto del personal de la organización que recogerá el formulario completado
4. **Parte I:** Esta sección la puede completar el padre/madre/tutor, participante adulto u organización
 - a. **Nombre del participante:** Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido del niño o del adulto participante
 - b. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido del padre, madre o tutor. No es necesario para los participantes adultos.
 - c. **Teléfono:** Incluya un número para el padre/madre/tutor por si surge alguna pregunta
5. **Part II:** This section must be completed by a **State licensed health care professional***:
 - a. In section 1 – Describe: The major life activity or major bodily function affected by the participant’s physical or mental impairment that restricts the diet.
 - b. In section 2 – Meal Accommodation Plan: Provide any foods to omit or avoid.
 - c. In section 3 – Foods to be substituted and recommended alternatives: Provide the modification and accommodation.
6. **Part III:** This section must be completed by the Sponsoring Organization after Parts I and II are completed.
 - a. **Accommodations Made:** The Sponsoring Organization staff will indicate what accommodations will be made for the requests made in Part II.
 - b. **Sponsor Signature and Date:** The Sponsoring Organization staff will sign and date the form. This form will be considered incomplete if this section is not filled in.

Este formulario es sólo para los participantes que requieran una adaptación médica para la comida y debe ser completado por un profesional médico autorizado por el estado* o un dietista registrado**. Los participantes que soliciten una Adaptación no Médica para Comidas y/o una Sustitución de Leche utilizarán el Formulario de Solicitud de Preferencia de Comidas.

Los profesionales de salud con licencia estatal** incluyen: Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); Doctores en Naturopatía (ND); Asistentes Médicos (PA); Enfermeros Certificados (CNP) o Enfermeros Clínicos Especialistas (CNS), Doctores en Odontología (DMD); Doctores en Cirugía Dental (DDS); Doctores en Optometría (OD). *Los dietistas registrados (RD/RDN)** están autorizados por el USDA en 7 CFR 210.10(m) y 7 CFR 226.20(g)(1) para completar y firmar las declaraciones médicas de los participantes de SNP y CACFP.

State License Health Care Professionals include:** Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician’s Assistant (PA); Certified Nurse Practitioner(CNP) or Clinical Nurse Specialist (CNS) Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD). *Registered Dietitian (RD/RDN)** are authorized by USDA in 7 CFR 210.10(m) and 7 CFR 226.20(g)(1) to complete and sign medical statements for SNP and CACFP participants.