

Distrito Escolar de McMinnville

Declaración Médica para Solicitar Comidas y/o Adaptaciones Especiales

La ley federal y la norma del USDA exigen que los programas de nutrición infantil realicen modificaciones razonables para adaptarse 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 incluye las preferencias dietéticas personales.

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

Parte I Debe completarse por el Padre/Madre/Tutor, Adulto Participante, o el Distrito Escolar de McMinnville

Nombre del Participante: <hr/>
Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Tel #: _____

Parte II debe completarse por una autoridad médica y la Parte III es para uso oficial solamente.

Part II To be completed *only* by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law*. Complete questions 1-3.

<p>1. Describe the major life activity or major bodily function(s) affected by the participant's physical or mental impairment that restricts the diet:</p> <hr/> <hr/>						
<p>2. Meal Accommodation Plan (Foods to omit or avoid):</p> <hr/> <hr/>						
<p>3. Foods to be substituted and recommended alternatives (include modification and accommodation):</p> <hr/> <hr/>						
<p>Signature of State Licensed Health Care Professional:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;"><hr/></td><td style="width: 33%;"><hr/></td><td style="width: 33%;"><hr/></td></tr><tr><td style="text-align: center;">Printed Name</td><td style="text-align: center;">Signature</td><td style="text-align: center;">Date</td></tr></table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Printed Name	Signature	Date
<hr/>	<hr/>	<hr/>				
Printed Name	Signature	Date				

Part III McMinnville School District Use Only

Accommodation(s) Made: <hr/>
Sponsor Signature: _____ Date: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

Instrucciones para completar el Formulario de Solicitud de Preferencia de Comidas:

Nombre del Sitio/Proveedor: Escriba el nombre de la escuela donde se sirvan las comidas

Parte I: Esta sección puede ser completada por el **Padre/Madre/Tutor, Adulto Participante, u Organización**

- a. **Nombre del Participante:** Escriba el nombre y apellido del niño o del adulto participante
- b. **Nombre del Padre/Madre/Tutor:** Escriba el nombre y apellido del padre/madre/tutor. Esto no es necesario para los participantes adultos.
- c. **Número de Teléfono:** Incluya un número de teléfono del padre/madre/tutor, en caso de haber preguntas.

LA PARTE II Y III DEBE COMPLETARSE POR LA AUTORIDAD MÉDICA Y POR EL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR DE MCMINNVILLE

- 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 Accomodation 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 necesiten una adaptación médica para la comida y debe ser completado por un profesional médico autorizado*. Los participantes que soliciten una adaptación de comida no médica y/o una sustitución de leche utilizarán el formulario de solicitud de preferencia de comida.

* **Profesional de la salud autorizado por el Estado:** Doctores en Medicina (MD); Médicos de Osteopatía (DO); Médicos de Naturopatía (ND); Asistente de médico (PA); Enfermera profesional certificada o enfermera clínica especializada; Doctor en Medicina Dental (DMD); Doctor en Cirugía Dental (DDS); Doctor en Optometría (OD)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.