

## DECLARACIÓN MEDICA PARA SOLICITAR ACOMODACIONES y/o ALIMENTOS ESPECIALES

(1) Nombre del Participante	(2) Edad o FDN	(3) Patrocinador	(4) Sitio
(5) Nombre del Padre, Tutor o Aut. Rep.	(6) Teléfono (padre, Tutor o Aut. Rep.) (    )		(7) Número de Teléfono del Sitio
(8) Debe Elegir uno: <input type="checkbox"/> El participante esta discapacitado o tiene una condición médica y requiere un alimento o arreglo especial. (Refiérase a la definición en el lado de atrás de esta forma.) Los patrocinadores deberán cumplir con las peticiones para los alimentos especiales y cualquier equipo de adaptación. Un médico autorizado deberá firmar esta forma.  <input type="checkbox"/> El participante no esta discapacitado, pero esta solicitando un alimento o arreglo especial. Un ejemplo podría incluir la intolerancia a alguna comida. Sin embargo, las preferencias a ciertas comidas no esta incluido en este ejemplo. Se incita a los patrocinadores para que se arreglen peticiones razonables. Esta forma debe ser firmada por un médico autorizado, asistente del médico o enfermera registrada.			

(9) Discapacidad o condición médica que requiere un alimento especial o acomodación: \_\_\_\_\_

(10) Si el participante esta discapacitado, proporcione una descripción breve de la actividad primordial del participante que se encuentra afectada por la incapacidad: \_\_\_\_\_

(11) Dieta recetada y/o acomodación: (Por favor describa en detalle para asegurar una implementación apropiada)

(12) Muestra de Textura:                      Regular      Picada      Molida      Puré

Alimentos que serán omitidos y substituciones: Por favor enliste las comidas específicas que serán omitidas y sugiera substituciones. Usted podrá usar la parte de atrás de esta forma o anexe una hoja con información adicional.

**(13) Alimentos que serán omitidos**

**(14) Substituciones Sugeridas**


(15) Equipo Acondicionado: \_\_\_\_\_

(16") Firma del Preparador*	(17)Escriba su Nombre	(18) Teléfono (    )	(19) Fecha
(20)Firma de Autoridad Médica*	(21)Escriba su Nombre	(22) Teléfono (    )	(23) Fecha

**\* Se requiere la firma del médico para los participantes con incapacidad. Para participantes no-incapacitados, deberá firmar la forma un médico autorizado, un asistente del médico o una enfermera registrada.**

La información de esta forma deberá ser actualizada para reflejar las necesidades médicas y/o nutritivas vigentes del participante.

La USDA y el NSD son oportunidades iguales para proveedores y empleados.