

## MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

<b>1. School/Agency Name</b> Keppel Union School District	<b>2. Site Name</b>	<b>3. Site Telephone Number</b>	
<b>4. Name of Participant</b>		<b>5. Age or Date of Birth</b>	
<b>6. Name of Parent or Guardian</b>		<b>7. Telephone Number</b>	
<b>8. Check One:</b> <input type="checkbox"/> Participant has a disability or a medical condition and <i>requires</i> a special meal or accommodation. (Refer to definitions on reverse side of this form.) Schools and agencies participating in federal nutrition programs must comply with requests for special meals and any adaptive equipment. <b>A licensed physician must sign this form.</b>  <input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special meal or accommodation due to food intolerance(s) or other medical reasons. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests. <b>A licensed physician, physician's assistant, or nurse practitioner must sign this form.</b>			
<b>9. Disability or medical condition requiring a special meal or accommodation:</b>			
<b>10. If participant has a disability, provide a brief description of participant's major life activity affected by the disability:</b>			
<b>11. Diet prescription and/or accommodation: (please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed)</b>			
<b>12. Indicate texture:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed			
<b>13. Foods to be omitted and substitutions: (please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. you may attach a sheet with additional information as needed)</b>			
<b>A. Foods To Be Omitted</b>		<b>B. Suggested Substitutions</b>	
_____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____	
<b>14. Adaptive Equipment:</b>			
<b>15. Signature of Preparer*</b>	<b>16. Printed Name</b>	<b>17. Telephone Number</b>	<b>18. Date</b>
<b>19. Signature of Medical Authority*</b>	<b>20. Printed Name</b>	<b>21. Telephone Number</b>	<b>22. Date</b>

\* **Physician's signature is required for participants with a disability. For participants without a disability, a licensed physician, physician's assistant, or nurse practitioner must sign the form.**

The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant.

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 or call (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339, or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

## MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

### INSTRUCTIONS

1. **School/Agency:** Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.
2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served (e.g., school site, child care center, community center, etc.)
3. **Site Telephone Number:** Print the telephone number of site where meal will be served. See #2.
4. **Name of Participant:** Print the name of the child or adult participant to whom the information pertains.
5. **Age of Participant:** Print the age of the participant. For infants, please use Date of Birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the participant's medical statement.
7. **Telephone Number:** Print the telephone number of parent or guardian.
8. **Check One:** Check (✓) a box to indicate whether participant has a disability or does not have a disability.
9. **Disability or Medical Condition Requiring a Special Meal or Accommodation:** Describe the medical condition that requires a special meal or accommodation (e.g., juvenile diabetes, allergy to peanuts, etc.)
10. **If Participant has a Disability, Provide a Brief Description of Participant's Major Life Activity Affected by the Disability:** Describe how physical or medical condition affects disability. For example: "Allergy to peanuts causes a life-threatening reaction."
11. **Diet Prescription and/or Accommodation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician, or describe diet modification requested for a non-disabling condition. For example: "All foods must be either in liquid or pureed form. Participant cannot consume any solid foods."
12. **Indicate Texture:** Check (✓) a box to indicate the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification, check "Regular".
13. **A. Foods to Be Omitted:** List specific foods that must be omitted. For example, "exclude fluid milk."  
**B. Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet. For example, "calcium fortified juice."
14. **Adaptive Equipment:** Describe specific equipment required to assist the participant with dining. (Examples may include a sippy cup, a large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.)
15. **Signature of Preparer:** Signature of person completing form.
16. **Printed Name:** Print name of person completing form.
17. **Telephone Number:** Telephone number of person completing form.
18. **Date:** Date preparer signed form.
19. **Signature of Medical Authority:** Signature of medical authority requesting the special meal or accommodation.
20. **Printed Name:** Print name of medical authority.
21. **Telephone Number:** Telephone number of medical authority.
22. **Date:** Date medical authority signed form.

### DEFINITIONS\*:

**"A Person with a Disability"** is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such an impairment.

**"Physical or mental impairment"** means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory, including speech organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito-urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.

**"Major life activities"** include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.

**"Has a record of such an impairment"** is defined as having a history of, or have been classified (or misclassified) as having a mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.

(\*Citations from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and Americans with Disabilities Act of 1990)

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Nombre de la agencia o escuela Distrito Escolar Keppel Union	2. Nombre del lugar	3. Número de teléfono del lugar	
4. Nombre del participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Número de teléfono	
<b>8. Marque una opción:</b> <input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad, enfermedad o trastorno y <i>requiere</i> comida especial o una adaptación. (Consulte las definiciones en el reverso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben acceder a las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. <b>Un médico con licencia debe firmar este formulario.</b>  <input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero solicita comida especial o una adaptación debido a que tiene una intolerancia alimentaria o por otras razones médicas. Especificar preferencias alimentarias no es un uso adecuado de este formulario. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a aceptar las solicitudes razonables. Un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermera practicante debe firmar este formulario.			
9. Discapacidad, enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación :			
10. Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por dicha discapacidad:			
11. Dieta prescrita o adaptación: ( <i>por favor descríbalas en detalle para asegurar una implementación adecuada-utilice páginas adicionales según sea necesario</i> )			
12. Indique la textura: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
13. Los alimentos que deben excluirse y sus sustituciones: (enumere los alimentos específicos que deben excluirse y las sustituciones sugeridas. Puede adjuntar una hoja con información adicional según sea necesario)			
<b>A. Alimentos que deben excluirse</b>		<b>B. Sustituciones sugeridas</b>	
14. Equipo de adaptación:			
15. Firma del preparador*	16. Nombre con letra de imprenta	17. Número de teléfono	18. Fecha
19. Firma de la autoridad médica*	20. Nombre con letra de imprenta	21. Número de teléfono	22. Fecha

\* La firma del médico es necesaria en el caso de participantes con discapacidades. Para los participantes sin discapacidades, un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermera practicante debe firmar el formulario.

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

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar por razones de raza, color de piel, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con discapacidades auditivas o del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

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

**INSTRUCCIONES**

1. **Nombre de la escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Nombre del lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas (por ejemplo, escuela, guardería o centro comunitario).
3. **Número de teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas. Vea el punto 2.
4. **Nombre del participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad o fecha de nacimiento:** Escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Marque una opción:** Marque (✓) una casilla para indicar si el participante tiene una discapacidad o no.
9. **Discapacidad, enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación:** Describa la enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación (por ejemplo, diabetes juvenil o alergia a los cacahuates, etc.).
10. **Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por dicha discapacidad:** Describa cómo el impedimento físico, trastorno o enfermedad afecta la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia al cacahuete provoca una reacción potencialmente fatal".
11. **Dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un médico, o describa la modificación a la dieta que se solicita debido a una enfermedad o trastorno que no causa discapacidad. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben estar en forma líquida o puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido".
12. **Indique la textura:** Marque (✓) una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
13. **A. Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse. Por ejemplo, "excluir la leche líquida".  
**B. Sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta. Por ejemplo, "jugo fortificado con calcio".
14. **Equipo de adaptación:** Describa el equipo específico necesario para ayudar a los participantes a comer. (Los ejemplos pueden incluir una taza con pajilla, una cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma del preparador:** Firma de la persona que llenó el formulario.
16. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la persona que llenó el formulario.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que llenó el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en la que el preparador firmó el formulario.
19. **Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptación.
20. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la autoridad médica.
21. **Número de teléfono:** Teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

**DEFINICIONES\*:**

**"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; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio, incluidos 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.

**"Tiene un historial de tal impedimento"** se define como tener un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o haber sido clasificado (o mal clasificado) como que tiene tal impedimento.

**(\*Citas extraídas del artículo 504 de la Ley de Rehabilitación [Rehabilitation Act] de 1973 y de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades [Americans with Disabilities Act] de 1990)**