Declaración del médico para solicitar modificación a comidas

Modificaciones para ajustarse a una discapacidad: Las modificaciones a las comidas recetadas por una autoridad médica se deben realizar para ajustarse a la discapacidad de un/a participante.

Definición de discapacidad: Bajo la Sección 504, la ADA y el Reglamento Departamental de la parte 15b del 7 CFR se define a una persona con discapacidad como alguien que tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades principales de la vida, tiene un historial de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento. Las "actividades principales de la vida" se definen de forma general e incluyen, a título enunciativo pero no limitativo, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las "actividades principales de la vida" también incluyen el funcionamiento de una función corporal principal, que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, funciones del sistema inmune, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Esta forma debe ser completada por una "autoridad médica" que está autorizada por la ley estatal de Kansas a expedir recetas médicas: médico habilitado (MD o DO) O un auxiliar médico (PA) o una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) autorizados por el médico habilitado a cargo.

Parte A. Información del participante, padre, madre o tutor y contacto en la instalación – Para ser completada por un padre, madre o tutor o persona de contacto en la instalación.		
Nombre del Participante:	Fecha de Nacimiento:	Instalación:
Nombre del padre, madre o tutor:	Teléfono del padre, madre o tutor:	
Nombre del contacto en la Instalación:	Teléfono del contacto en la Instalación:	

Parte B. Orden de dieta recetada – Esta parte debe ser completada por una autoridad médica como se especificó antes.				
1. Descripción del impedimento físico o mental relacionado con la orden de dieta recetada y la actividad principal de la vida afectada. *Ejemplo: La alergia a los cacahuates afecta la capacidad para respirar.*				
2. Explicación de qué se debe hacer para ajustarse a la discapacidad (describa en forma detallada para garantizar la implementación correcta):				
Omitir los alimentos indicados a continuación:		Sustituir los alimentos indicados a continuación:		
Textura modificada:	☐ No corresponde	☐ Picados	☐ Molidos	☐ Pisados (puré)
Espesor modificado de líquidos:	☐ No corresponde	☐ Néctar	☐ Miel	☐ Espesor para cuchara o de pudín
Equipo especial para alimentación:	☐ No corresponde	☐ Equipo especial para alimentación: _____ (por ejemplo, cuchara con mango grande, taza hermética con popote etc.)		
3. Información de la autoridad médica: Firma:		Título:		
Aclaración:		Teléfono:	Fecha:	

Parte C. Autorización del padre, madre o tutor – Para ser completada por el padre, madre o tutor	
Autorizo al personal de la instalación responsable de implementar la orden de dieta recetada a hablar de las adaptaciones especiales a la dieta con cualquier miembro del personal que corresponda y a seguir la orden de la dieta recetada para las comidas. También autorizo a la autoridad médica a aclarar en más detalle la orden de dieta recetada en esta forma si el personal de la instalación así lo solicitare.	
Firma del padre, madre o tutor:	Fecha:

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.