

Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield  
*Departamento de Servicios de Nutrición*  
2551 Morning Drive  
Bakersfield, CA 93306  
Tel (661) 631-4733 Fax (661) 322-8580

Paquete para enviar a casa con el  
estudiante con respecto a:  
*Declaración Médica para Solicitar Comidas  
Especiales y/o Adaptación*



Necesidades Dietéticas Especiales  
**Revisado 24-25**

**Bakersfield City School District  
Nutrition Services**



**Superintendent**  
Mark Luque

2551 Morning Drive  
Bakersfield, California 93306  
(661) 631-4733  
FAX (661) 322-8580

**Director of Nutrition Services,  
Nutrition Services Department**  
Eric J. Sabella

**Para:**  
**Los padres de:** \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Año Escolar: 2024-2025**

**De:**  
Director: Eric Sabella, Departamento de Servicios de Nutrición  
Coordinadora: Terri Lindsey, MA, BSN, RN Programa de Salud Escolar y Apoyo Vecinal

**Asunto:** Declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones - Necesidades dietéticas especiales para estudiantes.

Adjunto encontrará una carta al **Médico Tratante** y un formulario que requiere la revisión y firma del médico. Antes de que podamos adaptarnos adecuadamente a las necesidades dietéticas especiales de su estudiante, el médico del estudiante debe completar y firmar el formulario adjunto. Una vez que el médico haya completado y firmado los formularios de Declaración Médica, debe enviarlos por fax o por correo al Departamento de Servicios de Nutrición en 2551 Morning Drive, Bakersfield, CA 93306, fax (661) 322-8580.

Para cumplir con las regulaciones estatales, debemos tener el formulario de declaración médica archivado en la escuela y en el Departamento de Servicios de Nutrición.

Por favor, responda a la casilla marcada a continuación:  
 Ya he enviado una Declaración Médica del médico actual

**Solo para uso de BCSD:**

- Necesitamos un formulario de Declaración Médica actualizado firmado por el médico de su hijo.
- No tenemos una Declaración Médica actual archivada de su hijo y tenemos una nota pendiente para satisfacer las necesidades dietéticas especiales de su hijo. Debemos tener una Declaración Médica actualizada firmada por un médico lo antes posible para continuar cubriendo las necesidades dietéticas especiales de su hijo.

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations (CDE Child Nutrition Programs, CNP 925 Rev. 8/17)  
T17-763 Spanish, Arial Font, 2 pages

*Evitar copia original al departamento de Servicios de nutrición, Obtener una copia: Enfermera del plantel escolar, Gerente de cocina.*



## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

<b>1. Escuela o agencia</b>	<b>2. Nombre del lugar</b>	<b>3. Teléfono del lugar</b>	
<b>4. Nombre del niño o participante</b>		<b>5. Edad o fecha de nacimiento</b>	
<b>6. Nombre del padre, madre o tutor</b>		<b>7. Teléfono</b>	
<b>8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:</b>			
<b>9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:</b>			
<b>10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:</b>			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
<b>11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:</b>			
<b>Alimentos que deben excluirse</b>		<b>Sustituciones sugeridas</b>	
<b>12. Equipo de adaptación que se debe usar:</b>			
<b>13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*</b>	<b>14. Nombre con letra de imprenta</b>	<b>15. Teléfono</b>	<b>16. Fecha</b>

**\*Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.**

**La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales**

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [oprogram.intake@usda.gov](mailto:oprogram.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*Enviar copia original al departamento de Servicios de nutrición, Obtener una copia: Enfermera del plantel escolar, Gerente de cocina.*

## INSTRUCCIONES

1. **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. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use 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 niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).  
**Sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

### **Citas extraídas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:**

**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; 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.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

**"Tiene un historial de tal impedimento"** significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.

*Eviar copia original al departamento de Servicios de nutrición, Obtener una copia: Enfermera del plantel escolar, Gerente de cocina.*