**Solicitud de adaptaciones dietéticas especiales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del participante: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre del tutor: | Número de teléfono: |
| Dirección postal: | Ciudad / Estado / Código postal: |
| Nombre del centro / sitio:  |
| X Firma del participante o tutor |  Fecha |

|  |
| --- |
| **Orden de la dieta**La ley federal y la normativa del USDA exigen que los programas de nutrición realicen modificaciones razonables para adaptarse a las personas con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad vital importante o una función corporal, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias dietéticas personales. |
| 1. **Describa cómo la discapacidad afecta al participante** (es decir, cómo la ingestión o el contacto con la comida afecta al participante): |
| 2. **Explique qué se debe hacer para adaptarse a la dieta del participante** (es decir, alimentos específicos que deben omitirse y/o evitarse en la dieta del participante): |
| 3. **Enumere los alimentos y / o las bebidas que se sustituirán, proporcionarán o modificarán:** |
| X Firma de la autoridad médica reconocida por el estado\* FechaNombre de la clínica*\*La autoridad médica reconocida por el estado es un profesional de la salud que está autorizado para escribir recetas médicas en Washington: Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente de Médico (PA) con autoridad prescriptiva, Médico Naturopático o Enfermera Practicante Registrada Avanzada (ARNP).* |

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

OSPI CNS Octubre de 2018