

Declaración sobre Dieta Especial

Las instituciones u organizaciones que patrocinan y administran un programa de nutrición infantil con fondos federales deben hacer sustituciones razonables a las comidas o bocadillos, analizando cada caso de los participantes que se considera tienen una discapacidad que limita su dieta: Programa de Alimentación Escolar-7 CFR 210.10(m), Programa de Alimentos para Niños y Adultos – 7 CFR 226.20 (g), Programa de Servicios de Alimentación de Verano – 7 CFR 225.16(f)(4). Según la ley de enmiendas de ADA, la mayoría de las deficiencias físicas y mentales que sustancialmente limitan o afectan una o más actividades principales de la vida o funciones corporales constituye una discapacidad.

Los patrocinadores no están obligados a acomodar las peticiones dietéticas especiales que no constituyen una discapacidad, incluyendo solicitudes relacionadas con convicciones religiosas o morales, o con preferencias personales. Si estas peticiones llegan a ser atendidas, los patrocinadores deben asegurarse de cumplir con todos los requisitos del Departamento de Agricultura (USDA) sobre patrones y exigencias nutricionales de los alimentos.

Este formulario debe ser llenado por un médico licenciado, asistente médico, o enfermera registrada con práctica avanzada-certificada. Actualizaciones a esta forma son requeridas sólo cuando cambian las necesidades del participante.

Nota para los Distritos/Escuelas: Los Padres/Tutores pueden presentar una solicitud escrita para leche con lactosa reducida, sin necesidad de la firma de un médico.

Presente esta declaración sobre dieta especial llenada a: _____

Información del Participante

Nombre del Participante: _____ Fecha de hoy: _____
Apellido/Primer nombre/Inicial segundo nombre

Nombre de la Escuela/Centro/Sitio donde Asiste: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Información Requerida: Acomodaciones Alimenticias

1. Indique el alérgeno o alimento a ser evitado:

2. Explique brevemente cómo afecta al participante la exposición a este alimento:

3. Haga una lista de los alimentos específicos a ser omitidos o sustituidos. Puede adjuntar una hoja con instrucciones adicionales si necesita.

Alimentos a ser Omitidos	Alimentos a ser Sustituidos

Información Adicional

Modificación Textura Puré Molida Trozos pequeños Otro: _____

Alimentación por tubo Nombre de la Fórmula: _____

Instrucciones de Administración: _____

Alimentación oral: Sí No Si respondió que sí, especifique los alimentos _____

Otras Modificaciones en la dieta o Instrucciones Adicionales (describa): _____

Firma

El médico licenciado, asistente médico, o enfermera con práctica avanzada - como enfermera certificada debe firmar y retener una copia de este documento.

Credenciales de la Autoridad que Prescribe (en imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Clínica/Hospital: _____

Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Autorización Voluntaria

Nota para Padres/Tutores/Participantes: Pueden autorizar al director de la escuela/centro/sitio para que aclare esta Declaración de Dieta Especial con el médico mediante la firma de la siguiente sección de Autorización Voluntaria:

<p>En conformidad con las disposiciones de las leyes denominadas Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 y ley Family Educational Rights and Privacy Act, por la presente autorizo _____ (nombre del médico/autoridad médica) a proporcionar información médica protegida según sea necesario para el propósito específico de información para Dieta Especial a _____ (nombre del programa) y doy mi consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente con el programa y según sea necesario la información incluida en este formulario y en sus registros con respecto a mí. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que tenga impacto sobre la elegibilidad de mi solicitud de dieta especial para mí. Entiendo que el permiso para proporcionar esta información puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la información ha sido ya compartida. Opcional: Mi permiso para la entrega de esta información expira en _____ (fecha). Esta información es para ser compartida con el propósito específico de Información sobre Dieta Especial. El abajo firmante certifica ser padre, tutor o representante autorizado del participante en este documento y tiene la autoridad legal de firmar a nombre del participante.</p>
Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

No-discriminación

De

acuerdo con la ley federal de los derechos civiles y con las políticas y regulaciones para los derechos civiles del USDA (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan/ administran programas de USDA no pueden discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o como represalia por actividad previa por los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información sobre los programas (p.ej.: braille, letra o caracteres grandes, audio cintas, lenguaje de señas norteamericano, etc.), debieran contactar la Agencia (estatal o local) donde aplicaron para beneficios. Las personas con sordera, problemas de audición o discapacidad en el habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal /Federal Relay Service en el (800) 877-8339. Adicionalmente, información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) [encontrado 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 de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA con toda la información proporcionada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas llame al (866) 632-9992.

Presente su formulario llenado o su carta a USDA antes de fecha:

- (1) Por correo regular: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
 - (2) Por fax: (202) 690-7442; o
 - (3) Por correo electrónico: program.intake@usda.gov
- Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.