

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOLICITANDO DIETA ESPECIAL Y/O MODIFICACIONES

1. Nombre de la escuela/agencia	2. Nombre del lugar	3. Número telefónico	
4. Nombre del participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre/tutor		7. Número telefónico	
<p>8. Marque una:</p> <p><input type="checkbox"/> Si el/la participante tiene una discapacidad o condición médica y <i>requiere</i> una dieta especial o modificaciones. (Ver las definiciones al reverso de este formulario). Las escuelas y agencias participantes en programas de nutrición federal deben cumplir con las solicitudes de comidas especiales y/o sustitutos que se adapten a las necesidades del/a estudiante. <b>Un médico con licencia debe firmar este formulario.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si el/la participante no tiene una discapacidad, pero solicita una comida especial (por intolerancia a ciertos alimentos) o sustitutos. Las preferencias alimenticias no se consideran apropiadas para el uso de este formulario. A las escuelas y agencias participantes en programas de nutrición escolar se les sugiere admitir solicitudes razonables. <b>Un médico con licencia, asistente de médico, o enfermera certificada debe firmar este formulario.</b></p>			
9. Discapacidad o condición médica que requiere una comida especial o sustitutos.			
10. Si el/la participante tiene una discapacidad, describa brevemente la actividad principal afectada por la misma en la vida del estudiante:			
11. Dieta o sustitutos recetados ( <i>describa en detalle para garantizar una implementación adecuada, utilice otra página de ser necesario</i> )			
12. Indique la textura: <i>marque una</i>			
<b>Regular</b>	<b>Blanda</b>	<b>Puré</b>	
13. Alimentos que deben omitirse o sustituirse: ( <i>favor de especificar dichos alimentos</i> ) <i>Puede adjuntar una hoja con información adicional de ser necesario.</i>			
<b>A. Alimentos que deben omitirse</b>		<b>B. Sustituciones sugeridas</b>	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
14. Equipo que se adapte a las necesidades del/a estudiante:			
15. Firma de la persona que completa el formulario*	16. Nombre ( <i>en letra de molde</i> )	17. Número telefónico	18. Fecha
19. Firma de la autoridad médica*	20. Nombre ( <i>en letra de molde</i> )	21. Número telefónico	22. Fecha
<p>*La firma de un médico es requerida para aquellos participantes con discapacidad. Un médico con licencia, asistente de médico, o enfermera certificada debe firmar este formulario para los participantes sin discapacidad.</p> <p><b>La información en este formulario debe ser actualizada para reflejar las necesidades médicas y/o alimenticias actuales del participante.</b></p>			

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.

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOLICITANDO DIETA ESPECIAL Y/O MODIFICACIONES  
INSTRUCCIONES**

1. **Escuela/Agencia:** escriba el nombre de la escuela o agencia que está proporcionando el formulario al padre/madre.
2. **Lugar:** escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas (ej.: escuela, centro de cuidado de niños, etc.)
3. **Número telefónico:** escriba el número telefónico del sitio donde se servirán las comidas. Ver el #2.
4. **Nombre del participante:** escriba (en letra de molde) el nombre del niño/a o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del participante:** escriba la edad del participante. Si es un niño/a, escriba la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor:** escriba el nombre de la persona que solicita para el participante la declaración del médico.
7. **Número telefónico:** escriba el número telefónico del padre o tutor.
8. **Marque una:** indique con una (√) en la casilla correspondiente si el/la participante tiene o no una discapacidad.
9. **Discapacidad o condición médica que requiere una comida o equipo especial:** describa la condición médica que requiere una comida especial o sustitutos (ej.: diabetes juvenil, alergia al cacahuate, etc.)
10. **Si el/la participante tiene una discapacidad, describa brevemente la actividad principal en la vida del estudiante afectada por la misma:** describa cómo la condición médica o física afecta la discapacidad. Por ej.: "Una reacción alérgica al cacahuate constituye una amenaza para la vida".
11. **Prescripción de dieta y/o modificaciones:** describa la dieta específica o sustitutos prescritos por el médico, o describa las modificaciones de la dieta requeridas para una condición que no es una discapacidad. Por ej.: "Todos los alimentos deben ser líquidos o puré. Si el/la participante no necesita modificaciones en la textura, marque/encierre "Regular".
12. **Indique la textura:** marque la textura requerida para los alimentos. Si el/la participante no necesita ninguna modificación en los alimentos (comidas), marque "Regular."
13. **A. Alimentos para ser omitidos:** liste los alimentos específicos que deben ser omitidos, Por ej.: "excluir leche líquida."  
**B. Sugerencias de sustituciones:** liste alimentos específicos incluidos en la dieta. Por ej.: "jugo".
14. **Equipo adaptable:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al participante a comer. (Por ej.: tasa/vaso de entrenamiento, cuchara de mango largo, muebles con acceso para sillas de ruedas, etc.)
15. **Firma de la persona que completa el formulario**
16. **Nombre (en letra de molde):** nombre de la persona que completa el formulario.
17. **Número telefónico:** número telefónico de la persona que completa el formulario.
18. **Fecha:** fecha en la que se completó el formulario.
19. **Firma de la autoridad médica:** firma de la autoridad médica solicitante de la comida especial o modificación.
20. **Nombre (en letra de molde):** nombre de la autoridad médica.
21. **Número telefónico:** número telefónico de la autoridad médica.
22. **Fecha:** fecha que la autoridad médica firmó el formulario.

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996**

De acuerdo a las disposiciones de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1966 (HIPAA por sus siglas en inglés) y de la Ley de Derechos Educativos de la Familia y la Confidencialidad (FERPA por sus siglas en inglés); yo por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ (autoridad médica) a entregar a la (escuela/programa) \_\_\_\_\_ cuando sea necesario la información de salud protegida de mi hijo/a con el propósito específico de información sobre Dieta Especial, y doy mi consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente con la escuela/programa cuando sea necesario la información nombrada tanto en este formulario como en el expediente de mi hijo/a. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo/a. Mi autorización para que dicha información sea entregada vence en fecha \_\_\_\_\_. La información será entregada con el propósito específico de información sobre Dieta Especial.

El/la que abajo firma certifica que es el padre/la madre, tutor/a u oficial representante de la persona nombrada en este documento y que tiene la autoridad legal para firmar en nombre de dicha persona.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_