

Declaración de Dieta Especial

Las Autoridades de Alimentos Escolares (SFAs) deben hacer sustituciones razonables a las comidas, caso por caso, para los niños que se consideran que tienen una discapacidad que restringe su dieta [7 CFR 210.10 (m)]. De acuerdo con la Ley de Enmiendas de la ADA, la mayoría de los impedimentos físicos y mentales constituirán una discapacidad.

Las SFA no están obligadas a dar cabida a solicitudes dietéticas especiales que no constituyan una discapacidad, incluyendo solicitudes relacionadas con convicciones religiosas o morales o preferencias personales. Si estas solicitudes son satisfechas, las AGS deben asegurar que todos los patrones de comidas del USDA y los requerimientos de nutrientes sean cumplidos.

Este formulario debe ser completado por un médico licenciado, un asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada, tal como una enfermera certificada. Las actualizaciones a este formulario son requeridas solamente cuando las necesidades del niño cambian.

Nota: Los padres pueden proporcionar una solicitud escrita de leche reducida en lactosa si su niño es intolerante a la lactosa sin la firma de un médico.

Información del Participante

Nombre del Participante: Apellido/Primer/Inicial del Medio _____ Fecha de Hoy _____

Nombre de la Escuela/Centro/Sitio que asiste _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Representante _____ Telf. de la Casa _____ Telf. del Trabajo _____

Información REQUERIDA: Acomodación Dietética

1. Indicar el alérgeno o los alimentos que se deben evitar: _____
2. Breve explicación de cómo la exposición a este alimento afecta al niño: _____
3. Enumere alimentos específicos que se deben omitir y sustituir. Adjunte una hoja con instrucciones adicionales según sea necesario.

Alimentos a ser Omitidos	Alimentos a ser sustituidos

Información Adicional:

- Modificación de Textura:** Puré Molido Piezas tamaño bocado Otro (especifique): _____
- Tube de alimentación:** Nombre de la fórmula: _____
Instrucciones de administración: _____
Alimentación Oral: No Sí Si es si, especifique alimentos: _____

Firma

El médico licenciado, el asistente médico o la enfermera registrada de una práctica avanzada, como una enfermera certificada, deben firmar y conservar una copia de este documento.

Credenciales de la Autoridad que Prescribe(letra legible): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Clínica/Hospital _____

Número de Telf.: _____ Número de Fax: _____

Autorización Voluntaria

Nota para los Padres/Representantes/Participantes: Usted puede autorizar al director de la escuela/centro/sitio para clarificar esta Declaración de Dieta Especial con el médico firmando la siguiente sección de Autorización Voluntaria:

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia por la presente autorizo _____ (nombre del médico / autoridad médica) a divulgar la información médica protegida que sea necesaria para el propósito específico de Información sobre la Dieta Especial _____ (nombre del programa) y consiento en permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información listada en este formulario y en sus expedientes referentes a mí, con el programa como necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin impacto en la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mí. Entiendo que el permiso para liberar esta información puede ser rescindido en cualquier momento excepto cuando la información ya ha sido liberada. Opcional: Mi permiso para publicar esta información expirará el _____ (fecha). Esta información se publicará con el propósito específico de información de Dieta Especial. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre, guardián o representante autorizado del participante listado en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de ese participante.

Padre/Representante: _____ Fecha: _____
O Firma del Participante (Cuidado Diario de Adulto)

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminar por raza, Nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias o retaliaciones por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriba un Carta dirigida a USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de Los Estados Unidos
Oficina de la Secretaria Asistente de Derechos Civiles

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.