

# Aplicación de Necesidades Dietéticas Especiales y Modificaciones

Este formulario puede ser (1) utilizado por una autoridad médica con licencia para proporcionar una declaración médica para la discapacidad médica de un estudiante o una necesidad dietética especial que justifique una comida modificada o (2) utilizado para ayudar a una autoridad médica con licencia en la creación de la declaración médica necesaria para una modificación de comida. Si este formulario se utiliza como una declaración médica, el formulario debe ser completado por la autoridad médica y firmado por el padre o tutor y la autoridad médica.

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Parte I: Información General: Debe de ser completada por un Padre de Familia o Tutor.**

Nombre del Estudiante (Apellido): \_\_\_\_\_ (Nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Escuela : \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Número de identificación del Estudiante (ID)#: \_\_\_\_\_

Que alimentos tomará el niño/niña en la escuela? (por favor circule)

**Desayuno / Almuerzo / Botana después de la Escuela**

Enfermera de la Escuela/Consultora de la Enfermera :

Información del Contacto:

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Le doy a los Servicios de Salud / Servicios Alimenticios permiso para hablar con el Médico o la Autoridad Médica Autorizada para discutir las necesidades dietéticas descritas en este formulario.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha

## **Parte II: Para ser completado por una Autoridad Médica (es decir, Médico, Asistente Médico o Enfermera Profesional Avanzada).**

¿Tiene el estudiante una discapacidad médica que afecta a una de las principales funciones de la vida que requiere una modificación en la comida?

Si  No

¿Tiene el estudiante una necesidad dietética especial que será cubierta por una modificación de comida?

Si  No

¿Cómo afecta esta discapacidad médica o necesidad dietética especial a la dieta del estudiante?

---

---

**Parte III: Para ser completado por una Autoridad Médica (es decir, Médico, Asistente Médico o Enfermera Profesional Avanzada).**

¿Qué modificación (es) de comida es apropiada para atender la discapacidad médica del estudiante o necesidades dietéticas especiales? Por favor, marque la casilla anterior a las modificaciones de comida y proporcione una explicación detallada de cada modificación en la casilla junto a la descripción.

Alimentos o ingredientes que no deberán ser servidos

Sustituciones sugeridas para alimentos que no deberán ser servidos

Descripción específica de modificaciones de textura o tipos específicos de alimentos.

Otros

Nombre de la Autoridad Médica:(por favor escriba con letra de molde):

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

*Envíe los formularios completos a la enfermera de la escuela / consultor de enfermería. **Cualquier cambio de tratamiento debe ser solicitado por escrito por el médico. Si se recibe de un padre, la comunicación a una autoridad médica puede estar justificada.** Para asegurar que la modificación se pueda proporcionar el primer día de escuela, envíe este formulario a más tardar un mes antes del primer día de escuela*

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible 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 bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.