Formulario de preferencias dietéticas para la modificación de comidas

Este formulario se debe utilizar para solicitar modificaciones de comidas para niños que tienen una necesidad médica que se encuentra dentro de los requisitos del patrón de comidas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) o que solicitan una modificación debido a razones religiosas, éticas o culturales que no llegan al nivel de una discapacidad.

Ejemplo de una necesidad médica que se encuentra dentro de los requisitos de comida del USDA.

- El niño es alérgico a las fresas; la fruta se puede sustituir por otra.
- El niño es alérgico a la carne de res; la carne se puede sustituir por otra o por una alternativa.

Los sustitutos de leche líquida deben estar aprobados por el USDA. El jugo y el agua no pueden sustituir la leche líquida como parte de la comida reembolsable sin una declaración médica firmada por un profesional de la salud autorizado.

Modificación por motivos religiosos, éticos o culturales que no alcancen el nivel de discapacidad: las escuelas/los sitios pueden realizar modificaciones en las comidas a pedido de un padre, una madre o un tutor por motivos religiosos, éticos o culturales.

Complete todos los campos de las partes A a la C. Los formularios de preferencias dietéticas incompletos se devolverán al padre, a la madre o al tutor. Las modificaciones de las comidas continuarán hasta que el padre, la madre o el tutor legal solicite un cambio o la interrupción de las modificaciones en el formulario de interrupción. Se recomienda encarecidamente que el formulario de preferencias dietéticas se actualice anualmente.

Parte A: Información para estudiantes, padres, madres y tutores		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Escuela/sitio:	Grado:	
Nombre del padre, la madre o el tutor:	Teléfono del padre, la madre o el tutor:	
Parte B: marque solicitudes de modificación de comidas	**Marque los alimentos omitidos**	**Marque los alimentos sustituidos**
☐ Sin leche líquida	☐ Leche líquida	☐ Leche sin lactosa o ☐ Leche sin lácteos
☐ Alergia a la leche ☐ Alergia al huevo ☐ Alergia al pescado ☐ Alergia al sésamo ☐ Alergia a los mariscos ☐ Alergia a la soja ☐ Alergia al trigo ☐ Alergia al maní ☐ Alergia a los frutos secos ☐ Otra: ¿Al estudiante se le ha recetado un autoinyector de epinefrina? ☐ Sí ☐ No	☐ Leche y productos lácteos ☐ Huevo ☐ Pescado ☐ Sésamo ☐ Cangrejo/langosta/camarones ☐ Soja (aceite/lecitina aceptable) ☐ Productos de soja ☐ Trigo ☐ Maní ☐ Frutos secos ☐ Otro:	☐ Carne sin alérgenos ☐ Granos sin alérgenos ☐ Alimentos combinados sin alérgenos ☐ Condimentos/guarniciones sin alérgenos ☐ Otro:
☐ Sin carne de res (motivo religioso/ético/cultural)	☐ Carne de res	☐ Otra carne/alternativa a la carne
☐ Sin cerdo (motivo religioso/ético/cultural)	☐ Cerdo	☐ Otra carne/alternativa a la carne
☐ Vegetariano (motivo religioso/ético/cultural)	☐ Lácteos ☐ Huevo ☐ Carne ☐ Aves ☐ Pescado/mariscos	☐ Otra carne/alternativa a la carne
Otra solicitud de modificación de comida especificada: ☐ Necesidad médica: o ☐ Motivo religioso/ético/cultural:	Enumere los alimentos omitidos:	Enumere los alimentos sustituidos:
Parte C: autorización del padre, la madre o el tutor legal		
Autorizo al personal de la escuela o del sitio para implementar la modificación de comida solicitada para mi hijo y para compartir esta información con cualquier otro personal de la escuela o del sitio que sea apropiado. **Firma del padre, la madre o el tutor:** **Fecha:**		

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y peticiones varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA. Alternativamente, puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya 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 completados al USDA mediante estas opciones: 1. **Correo postal:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. **Fax:** (202) 690-7442; o 3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov. *El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.*

Declaración médica para la modificación de comidas

Complete todos los campos de las partes A a la D. Los formularios de declaración médica incompletos se devolverán al padre, a la madre o al tutor. Las secciones B y C debe completarlas un médico, un enfermero practicante, un asistente médico o un dietista registrado con licencia.

Las modificaciones de las comidas continuarán hasta que un médico, un enfermero especializado, un asistente médico o un dietista registrado con licencia solicite que las modificaciones se cambien o se suspendan en el formulario de interrupción.

Se recomienda encarecidamente que el régimen alimenticio prescrito se actualice anualmente con un nuevo formulario.

Parte A: Información para estudiantes, padres, madres y tutores	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela/sitio:	Grado:
Nombre del padre, la madre o el tutor:	Teléfono del padre, la madre o el tutor:
Parte B: Identificación de discapacidades y necesidades médicas	
Discapacidad/necesidad médica:	Cómo la discapacidad/necesidad médica restringe el régimen alimenticio:
Actividad importante de la vida afectada: ☐ Cuidarse a sí mismo ☐ Realizar tareas manuales ☐ Ver ☐ Escuchar ☐ Comer ☐ Dormir ☐ Caminar ☐ Estar de pie ☐ Levantar objetos ☐ Agacharse ☐ Hablar ☐ Respirar ☐ Aprender ☐ Leer ☐ Concentrarse ☐ Pensar ☐ Comunicarse ☐ Trabajar ☐ Otras: Principales funciones corporales afectadas: ☐ Sistema inmunitario ☐ Crecimiento celular ☐ Sistema digestivo ☐ Vejiga ☐ Sistema neurológico ☐ Cerebro ☐ Sistema respiratorio ☐ Sistema circulatorio ☐ Sistema endocrino ☐ Función reproductiva ☐ Otras:	
Parte C: marque la solicitud de modificación de comidas y complete los espacios en blanco según corresponda	
☐ Textura de los alimentos modificada	☐ Fácil de masticar ☐ Suave y del tamaño de un bocado ☐ Picado y húmedo ☐ En puré ☐ Licuado
☐ Viscosidad de líquidos modificada	☐ Extremadamente viscoso ☐ Moderadamente viscoso ☐ Levemente viscoso ☐ Ligeramente viscoso ☐ Aguado
☐ Equipo de alimentación especial	☐ Se necesita equipo de adaptación:
☐ Diferentes tamaños de porciones	☐ Especifique el tamaño de la porción:

Alergia alimentaria	**Enumere los alimentos omitidos**	**Enumere los alimentos sustituidos**
☐ Leche ☐ Huevo ☐ Pescado ☐ Mariscos ☐ Soja ☐ Maní ☐ Frutos secos ☐ Trigo ☐ Sésamo ☐ Otro: ¿Al estudiante se le ha recetado un autoinyector de epinefrina? ☐ Sí ☐ No		
Intolerancias alimentarias	**Enumere los alimentos omitidos**	**Enumere los alimentos sustituidos**
Otra solicitud de modificación de comida especificada	**Enumere los alimentos omitidos**	**Enumere los alimentos sustituidos**

Certificación de discapacidad o necesidad médica por parte de la autoridad médica		
Firma:	Dirección:	
Nombre en letra de imprenta:	Teléfono:	Fecha:
Parte D: autorización del padre, la madre o el tutor legal		
Autorizo al personal de la escuela o del sitio para implementar la modificación de comida solicitada para mi hijo y para compartir esta información con cualquier otro personal de la escuela o del sitio que sea apropiado. También autorizo a la autoridad médica de mi hijo para que aclare con más detalle el régimen alimenticio prescrito en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela o del centro.		
Firma del padre, la madre o el tutor:		Fecha:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y peticiones varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA. Alternativamente, puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya 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 completados al USDA mediante estas opciones: 1. **Correo postal:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. **Fax:** (202) 690-7442; o 3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov. *El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.*

Formulario de interrupción de modificación de comidas

Si su estudiante ya no necesita una adaptación en las comidas, por favor complete el formulario a continuación. Si el estudiante tiene una declaración médica para la modificación de las comidas, la cancelación deberá completarla un médico o una autoridad médica. Si el estudiante tiene un formulario de preferencia alimentaria para la modificación de las comidas, el padre, la madre o el tutor legal puede completar el formulario de cancelación.

Parte A: información para estudiantes, padres, madres y tutores	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela/sitio:	Grado:
Nombre del padre, la madre o el tutor:	Teléfono del padre, la madre o el tutor:

Parte B: cancelación de la modificación de comidas por un médico/una autoridad médica		
Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ya no necesita las modificaciones de comidas previamente prescritas.		
Firma:	Nombre en letra de imprenta:	
Dirección:	Teléfono:	Fecha:

O

Parte C: cancelación de la modificación de comidas por el padre, la madre o el tutor Legal	
Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ya no necesita las modificaciones de comidas previamente prescritas.	
Firma:	Fecha:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y peticiones varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA. Alternativamente, puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya 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 completados al USDA mediante estas opciones: 1. **Correo postal:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. **Fax:** (202) 690-7442; o 3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov. *El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.*