

## Declaración médica para solicitar comidas especiales o adaptaciones en el CACFP para participantes con una discapacidad

**Nota:** no se requiere una declaración médica para los participantes que solicitan una comida especial o adaptación que cumpla con los requisitos del patrón de comidas, incluso si tienen una discapacidad, a menos que el operador del Programa de Alimentos en el Cuidado Infantil y de Adultos (CACFP) elija requerir una declaración médica para **todas** las modificaciones relacionadas con la discapacidad. Por ejemplo, los operadores del CACFP pueden ofrecer productos de granos acreditables sin gluten, como arroz integral, quinua y tortillas de maíz a un participante con intolerancia al gluten sin requerir una declaración médica; sin embargo, el operador debe documentar todas las modificaciones proporcionadas por el operador o el hogar en un documento que ya mantengan (por ejemplo, registro de inscripción), en un formulario específico que el operador del CACFP desarrolle para este propósito o utilizando una plantilla del CDSS en el Sistema de Información y Pago de Nutrición Infantil (CNIPS): Formulario ID CACFP 12 (bebés) o CACFP 84 (niños y adultos).

### Parte 1: completada por el padre/tutor o participante adulto

1. Nombre de la institución: \_\_\_\_\_
2. Nombre del sitio: \_\_\_\_\_
3. Número de teléfono del sitio: \_\_\_\_\_
4. Nombre del participante: \_\_\_\_\_
5. Fecha de nacimiento del participante: \_\_\_\_\_
6. Nombre del padre/tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_
7. Número de teléfono del padre/tutor o participante adulto: \_\_\_\_\_

### Parte 2: completada por un profesional de la salud con licencia<sup>1</sup> o dietista registrado<sup>2</sup>

8. Complete la información a continuación, según corresponda, para proporcionar información suficiente sobre las restricciones dietéticas del niño o adulto participante.

(a) Textura de los alimentos:

Regular     Picado     Molido     Puré     Otro \_\_\_\_\_

(b) Alimentos que se deben omitir:

(c) Alternativas de alimentos recomendadas:

(d) Necesidades de equipo de adaptación u otras adaptaciones requeridas:

9. Firma o sello de un profesional de la salud con licencia estatal<sup>1</sup> o un dietista registrado (RD)<sup>2</sup>:

10. Nombre en letra  
de molde:

---

11. Número de  
teléfono:

---

12. Fecha:

---

<sup>1</sup>Para este propósito y según el [Código de Salud y Seguridad de California, sección 11150](#), el Departamento de Servicios Sociales de California considera que un profesional de la salud con licencia estatal en California es un médico, dentista o los siguientes profesionales de la salud con licencia cuando actúan dentro del alcance de su capacidad para escribir recetas: asistente médico, enfermera practicante, médico naturópata, enfermera registrada y un proveedor fuera del estado. Las instituciones del CACFP que operan otro programa federal de nutrición infantil (*child nutrition program* o CNP) además del CACFP, deben comunicarse con la agencia de supervisión correspondiente para determinar qué profesionales de la salud con licencia estatal pueden firmar declaraciones médicas para adaptarse a las discapacidades de ese CNP.

<sup>2</sup>Según la [Regla Final–Programas de Nutrición Infantil: Patrones de Comidas Consistentes con las Pautas Dietéticas para Estadounidenses en los años 2020-2025](#) y, como se establece en [el título 7, Código de Reglamentos Federales, sección 226.20 \(g\) \(1\) \(i\)](#), antes

del 1 de octubre de 2025, los operadores del CACFP deben aceptar declaraciones médicas firmadas por un RD para solicitar modificaciones de comidas en nombre de los participantes con una discapacidad que afecta su dieta.

**La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas o nutricionales actuales del participante.**

## Instrucciones

1. **Nombre de la institución:** escriba en letra de molde el nombre de la institución que proporciona el formulario a los padres.
2. **Nombre del sitio:** escriba en letra de molde el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono del sitio:** escriba en letra de molde el número de teléfono del sitio donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del participante:** escriba en letra de molde el nombre del niño o participante al que pertenece la información.
5. **Fecha de nacimiento del participante:** escriba en letra de molde la edad del niño o participante (en el caso de bebés, use la fecha de nacimiento).
6. **Nombre del padre/tutor (si corresponde):** escriba en letra de molde el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Número de teléfono del participante:** escriba en letra de molde el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Complete la información a continuación, según corresponda, para proporcionar información suficiente sobre las restricciones dietéticas del niño o adulto participante:** proporcione información, según corresponda, sobre modificaciones de textura, alimentos que se deben omitir, alternativas de alimentos recomendadas, necesidades de equipo de adaptación y otras adaptaciones requeridas.
9. **Firma o sello del profesional de la salud con licencia estatal o RD:** firma del profesional de la salud con licencia estatal o RD que solicita la comida especial o adaptación.
10. **Nombre en letra de imprenta:** escriba en letra de molde el nombre del profesional de la salud con licencia estatal o RD.
11. **Número de teléfono:** número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal o RD.
12. **Fecha:** fecha en que el profesional de la salud con licencia estatal o RD firmaron el formulario.

**Las definiciones son del memorando de política CACFP 14-2017 del USDA titulado «Modificaciones para acomodar discapacidades en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos y el Programa de Servicio de Alimentos de Verano» (Modifications to Accommodate Disabilities in the Child and Adult Care Food Program and Summer Food Service Program), las regulaciones federales del CACFP, la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmienda de la ADA de 2008.**

**Una persona con una discapacidad** se define como una persona de cualquier edad que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un historial de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento y que está inscrito en una institución o centro de cuidado infantil que atiende a la mayoría de las personas de 18 años o menos.

**Impedimento físico o mental** significa (a) cualquier trastorno o afección fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico, musculoesquelético, órganos sensoriales especiales, respiratorio, del habla, órganos cardiovasculares, reproductivos, digestivos, genitourinarios, hemáticos y linfáticos, cutáneos y endocrinos o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedades emocionales o mentales, y discapacidades específicas de aprendizaje.

No es necesario que un impedimento físico o mental ponga en peligro la vida para constituir una discapacidad. Basta con que el impedimento limite una actividad importante de la vida. Además, un impedimento puede estar cubierto como una discapacidad incluso si la medicación u otra medida atenuante puede reducir el impacto del impedimento.

**Las principales actividades de la vida** incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las «actividades principales de la vida» también incluyen la operación de una función corporal importante.

**Las principales funciones corporales** se incluyen como una actividad importante de la vida, que incluye, entre otras, funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

**Tener un registro de tal impedimento** significa que una persona ha sido clasificada (o clasificada erróneamente) como con antecedentes de impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

**Ser considerado con tener tal impedimento** significa que una persona ha establecido que ha sido objeto de una acción prohibida por la ADA debido a un impedimento físico o mental real o percibido, sin distinción de si el impedimento limita o se perciba que limita una actividad importante de la vida.

## **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE EE. UU.**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, *Formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA*, que se puede obtener en línea en el [sitio web de no discriminación del Servicio de Alimentos y Nutrición](#), en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse 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; o

**2. Fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442, o

**3. Correo electrónico:**

[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

**Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.**