

Formulario de solicitud de dieta especial

Este formulario debe ser completado cuando se requieren adaptaciones para un hijo en las comidas del Programa de Nutrición Infantil* debido a razones médicas, discapacidades o alergias graves. El formulario debe ser completado por un prestador médico autorizado por el estado y por el padre, madre o tutor, firmado y devuelto a

Información del participante: (completado por el padre/tutor)

Nombre completo del participante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela/centro/lugar al que asiste: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Número de teléfono: (Celular) _____ Otro: _____

Es necesario actualizar este formulario sólo si han cambiado las necesidades de su hijo.

Información requerida: Adaptación de dieta (completado por el prestador médico)

1. Enumere los alimentos que se deben evitar y reemplazar. Adjunte una hoja con instrucciones adicionales si es necesario.

Alimentos que debe evitar	Alimentos que debe reemplazar

2. Explique brevemente cómo afecta al participante la exposición a los alimentos.

Información adicional

Modificación de textura (marque con un círculo): Triturado Picado y húmedo

Suave y de tamaño de bocado Fácil de masticar

Alimentación por sonda: _____ Nombre de la fórmula: _____

Instrucciones de administración: _____

Otra modificación de la dieta o instrucciones adicionales: _____

Firma requerida

El formulario debe ser firmado por un médico autorizado por el estado (MD o DO), un asistente médico (PA), un prestador de práctica avanzada (enfermero practicante o NP, enfermero registrado de práctica avanzada o APRN), o un nutricionista registrado (RD o RDN).

Nombre de la autoridad de receta y credenciales (en letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Clínica/Hospital: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Autorización voluntaria

Nota para los padres/tutores/participantes: Puede permitir que el director del colegio/centro/lugar hable con el médico sobre este Formulario de Solicitud de Dieta Especial firmando la sección de Autorización Voluntaria:

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 y la Ley de Derechos y Privacidad Educativa Familiar, por la presente autorizo a _____ (**nombre médico/autoridad médica**) para facilitar la información médica protegida necesaria para el propósito específico de la información sobre la Dieta Especial a _____ (**nombre del programa**) y consiento permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información que figura en este formulario y en sus registros sobre mí, con el programa según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello repercuta en la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mí. Entiendo que la autorización para divulgar esta información puede ser rescindida en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada. Opcional: Mi permiso para divulgar esta información vencerá el _____ (fecha). Esta información se divulgará con el propósito específico de informar sobre la dieta especial. Quien suscribe certifica que es el padre, la madre, el tutor o el representante autorizado del participante que figura en este documento y que tiene la autoridad legal para firmar en nombre de dicho participante.

Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

O firma del participante (SOLO en cuidado de adultos): _____

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia por actividades previas relacionadas con los 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 sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lengua de signos americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, Formulario AD-3027, que puede obtenerse en línea en: Formulario de Queja por Discriminación en Programas de USDA, disponible en cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-992, o enviando una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser presentados al USDA mediante:

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

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.