Informe médico para modificación del consumo de alimentos

Las escuelas y agencias que participan en programas de alimentación infantil **DEBEN** cumplir con las solicitudes de necesidades dietéticas especiales y equipos de adaptación sin cargo adicional para los niños con una discapacidad documentada y/o necesidad médica. Si se trata de una alergia alimentaria potencialmente mortal que provoca anafilaxia, asegúrese de que el personal de enfermería de la escuela/centro complete el formulario del Plan de Acción para Alergias y Anafilaxia.

Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada: Se debe completar un formulario de solicitud y firmarlo por un médico autorizado (MD o DO), una enfermera de práctica avanzada (APN) con autoridad para recetar (RXN), un asistente médico (PA) o un dietista registrado (RD). Las modificaciones de las comidas continuarán hasta que se solicite su cambio o suspensión en el formulario de interrupción, que se puede obtener en la escuela o el centro. Se recomienda encarecidamente actualizar anualmente la dieta prescrita con un nuevo formulario.

Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/centro – El padre/tutor o la persona contacto de la escuela/centro deberá completarlo.		
1. Nombre del estudiante:	2. Fecha de nacimiento:	3. Escuela/centro:
4. Nombre del padre/tutor:	5. Nro. de teléfono del padre/tutor:	
6. Nombre del contacto de la escuela/centro:	7. Nro. de teléfono del contacto de la escuela/centro:	

Parte B. Orden dietética recetada con necesidad médica documentada – Esto deberá completarlo un profesional médico colegiado como se especificó anteriormente. Deben completarse todas las secciones.					
1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta de su hijo:					
2. ¿Cuál actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica del estudiante? Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar.					
3. Tipo de dieta especial:					
4. Textura modificada: ☐ Sin restricciones	☐ IDDSI 7: Fácil de masticar	☐ IDDSI 6: Suave / tamaño de un bocado	☐ IDDSI 5: Picado y jugoso	☐ IDDSI 4: Puré	☐ IDDSI 3: Puré fino
5. Líquidos modificados: ☐ Sin restricciones	☐ Sin líquidos	☐ IDDSI 3: Moderately Thick	☐ IDDSI 2: Moderadamente espeso	☐ IDDSI 1: Ligeramente espeso	
6. Restricción en la toma de líquidos: ☐ Marca si no es aplicable					
7. Alimentos que deben omitirse o substituirse: Enumere los alimentos que deben omitirse o substituirse. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.					
Omitir los alimentos señalados a continuación:			Substituir los alimentos señalados a continuación:		

Información del médico colegiado/enfermera especializada autorizada para prescribir/médico asistente/ o dietista registrado		
Firma:	Cargo:	
Nombre en letra de imprenta	Nro. de teléfono:	Fecha:

Permiso del padre/tutor legal – Deberá completarlo el padre o tutor legal.
Autorizo al personal de la escuela o centro responsable para implementar la orden dietética recetada de mi hijo para que se discutan las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal adecuado de la escuela o centro. Asimismo, autorizo al médico colegiado de mi hijo, la enfermera especializada autorizada para prescribir, dietista registrado, o al asistente médico a ofrecer detalles sobre la orden dietética recetada en este formulario si el personal de la escuela/centro le solicita hacerlo. Firma del padre/tutor legal y fecha:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
(2) fax:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.