

Declaración médica para la modificación de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

Este formulario se usa para solicitar modificaciones de alimentos para los participantes adultos en los centros de cuidado diurno para adultos que participan en el [Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos \(CACFP, por sus siglas en inglés\)](#) del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés). Los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP deben modificar los alimentos dentro de lo razonable para los participantes que tienen deficiencias físicas o mentales que restringen su dieta. Para obtener asistencia sobre las modificaciones de alimentos e instrucciones para completar este formulario, consulte el documento del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE, por sus siglas en inglés), [Orientación e instrucciones para la declaración médica para modificaciones de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP](#).

Nota: El USDA exige que la declaración médica incluya 1) información suficiente sobre la deficiencia física o mental del participante para que el centro de cuidado diurno para adultos pueda comprender cómo la deficiencia restringe la dieta del participante; 2) una explicación de qué se debe hacer para considerar la discapacidad del participante; y 3) si corresponde, los alimentos que se deben evitar y las alternativas recomendadas. **Los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP no deben rechazar ni demorar una modificación de alimentos solicitada porque la declaración médica no brinda suficiente información.** Si es necesario, el centro de cuidado diurno para adultos debe trabajar con el participante o el familiar responsable para obtener la información requerida. Mientras se obtiene más información, el centro de cuidado diurno para adultos del CACFP debe seguir la parte de la declaración médica que sea clara e inequívoca en la mayor medida posible.

Sección A (debe completarla el participante o el familiar responsable)

- Nombre del participante: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Nombre del familiar responsable (si corresponde): _____
- Número de teléfono (con código de área): _____
- Correo electrónico: _____
- Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
- En conformidad con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés), autorizo por el presente a _____
nombre de la autoridad médica competente del participante
a divulgar dicha información de salud protegida en la medida que sea necesario para los fines específicos de información de _____ y doy mi consentimiento para permitir que la autoridad médica
name of CACFP child care center or family day care home
competente dieta especial a intercambie libremente la información indicada en este formulario y en mis registros con el programa de cuidado diurno para adultos, según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello afecte la capacidad de mi solicitud para una dieta especial. Asimismo, entiendo que puedo anular el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, salvo cuando la información ya se haya divulgado.
- Firma del participante o del familiar responsable: _____
- Fecha: _____

Declaración médica para la modificación de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP

Sección B (debe completarla la autoridad médica competente del participante)

Esta sección debe ser completada por el médico, médico asistente, osteópata o profesional en enfermería avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) del participante. Dentro de los APRN, se incluyen los enfermeros diplomados, los especialistas en enfermería clínica y los anestesiólogos certificados que están certificados como APRN.

10. **Deficiencia física o mental:** ¿El participante tiene una deficiencia física o mental que restringe su dieta?

No Sí: describa cómo la deficiencia física o mental del participante restringe su dieta.

11. **Plan alimentario:** Explique la modificación de alimentos para el participante. Adjunte el plan alimentario específico si es necesario.

12. **Alimentos que se deben evitar y reemplazos:** Enumere los alimentos que se deben evitar de la dieta del participante y las alternativas de reemplazo.

13. **Textura de los alimentos:** Enumere los alimentos que requieren un cambio de textura. Indique “todos” si todos los alimentos deben prepararse de esta manera.

Cortados o picados en pedazos del tamaño de un bocado: _____

Bien molidos: _____

Hechos puré: _____

14. **Instrumentos:** Enumere los instrumentos o utensilios especiales que se necesitan.

15. **Información adicional:** Indique cualquier otra información sobre los patrones de comida o alimentación que ayudará a considerar la modificación de alimentos solicitada.

Declaración médica para la modificación de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP

16. Nombre de la autoridad médica competente: _____ 17. Número de teléfono (con código de área): _____

18. Firma de la autoridad médica competente: _____ 19. Fecha: _____

20. Sello de la oficina:

Este formulario está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/SpecDiet/Adult_Medical_Statement_CACFP_Spanish.pdf

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.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.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; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El Departamento de Educación del Estado de Connecticut está comprometido con una póliza de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas calificadas. El Departamento de Educación de Connecticut no discrimina en ninguna práctica laboral, programa de educación o actividad educativa en base a raza; color; credo religioso; edad; sexo; embarazo; orientación sexual; peligros al sistema reproductivo en el lugar de trabajo, identidad o expresión de género; estado civil; origen nacional; ascendencia; represalias por discriminación o coerción previamente opuesta, discapacidad intelectual; información genética; discapacidad de aprendizaje; discapacidad física (incluida, entre otros, ceguera); discapacidad mental (historial pasado/presente de la misma); estado militar o veterano; víctimas de violencia doméstica; o antecedentes penales en el empleo estatal, a menos que haya una calificación ocupacional de buena fe excluyendo a las personas en cualquiera de las clases protegidas antes mencionadas. Las preguntas sobre la póliza de antidiscriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a: Abogado Louis Tudesco, Departamento de Educación del Estado de Connecticut, por correo a 450 Columbus Boulevard, Hartford, CT 06103-1841; o por teléfono al 860-713-6594; o por correo electrónico a louis.todisco@ct.gov.