

Declaración médica para modificaciones de alimentos en los programas de cuidado infantil del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

Este formulario se usa para solicitar modificaciones de alimentos para los niños que asisten a los establecimientos de cuidado infantil del [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), que incluyen centros de cuidado infantil, centros de cuidado después de la escuela para niños en riesgo, refugios de emergencia y hogares de cuidado infantil familiar. Los establecimientos del CACFP deben modificar los alimentos dentro de lo razonable para los niños 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 programas de cuidado infantil del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos \(CACFP\)](#).

Nota: El USDA exige que la declaración médica incluya 1) información suficiente sobre la deficiencia física o mental del niño para que el establecimiento del CACFP pueda comprender cómo la deficiencia física o mental restringe la dieta del niño; 2) una explicación de qué se debe hacer para considerar la discapacidad del niño; y 3) si corresponde, los alimentos que se deben evitar y las alternativas recomendadas. **Los establecimientos del CACFP no deben rechazar ni demorar una modificación de alimentos solicitada porque la declaración médica no brinda suficiente información.** Si es necesario, los establecimientos del CACFP deben trabajar con los padres o el tutor del niño para obtener la información requerida. Mientras se obtiene más información, el establecimiento 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 menor: _____ 2. Fecha de nacimiento _____
- Nombre del padre/de la madre/del tutor: _____
- Número de teléfono (con código de área): _____ 5. Correo electrónico: _____
Código postal: _____
- 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 niño
a divulgar dicha información de salud protegida de mi hijo en la medida que sea necesario para los fines específicos de _____
información de dieta especial competente intercambie libremente la
name of CACFP child care center or family day care home
información indicada en este formulario y en los registros de mi hijo con el programa de cuidado infantil, según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello afecte la capacidad de mi solicitud para una dieta especial para mi hijo. Asimismo, entiendo que puedo anular el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, salvo cuando la información ya se haya divulgado.
- Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ 9. Fecha: _____

Declaración médica para modificaciones de alimentos en los programas de cuidado infantil del CACFP

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

Esta sección debe ser completada por el médico, médico asistente, osteópata o profesional en enfermería avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) del niño. 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 niño tiene una deficiencia física o mental que restringe su dieta?

No Sí, describa cómo la deficiencia física o mental del niño restringe su dieta.

11. **Plan alimentario:** Explique la modificación de alimentos para el niño. 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 niño 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 del niño que ayudará a considerar la modificación de alimentos solicitada.

Declaración médica para modificaciones de alimentos en los programas de cuidado infantil del CACFP

17. Nombre de la autoridad
médica competente: _____

18. Número de teléfono
(con código de área): _____

19. Firma de la autoridad médica competente: _____

20. Fecha: _____

21. Sello de la oficina:



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

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 Todisco, 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.