Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

Complete toda la información en letra de imprenta y envíe el formulario *Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar* a la escuela del niño.

- Los padres o el tutor deben completar y firmar la sección A.
- El profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado del niño debe completar y firmar la sección B.

Cualquier cambio necesidades dietéticas especiales del niño requiere la presentación de una nueva declaración medica firmada por el profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado del niño.

Sección A: debe completarla el padre/la madre/el tutor

- **Nombre del menor:** Escriba en letra de imprenta el nombre del niño.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba en letra de imprenta la fecha de nacimiento (día, mes y año) del niño.
- **Nombre del padre/de la madre/del tutor:** Escriba en letra de imprenta el nombre del padre/de la madre/del tutor que completa la declaración médica del niño.
- **Número de teléfono (con código de área):** Escriba en letra de imprenta el número de teléfono del padre/de la madre/del tutor, incluido el código de área.
- **Correo electrónico:** Escriba en letra de imprenta la dirección de correo electrónico del padre/de la madre/del tutor.
- **Dirección:** Escriba en letra de imprenta la dirección del padre/de la madre/del tutor, incluidos la calle, la ciudad, el estado y el código postal.
- **Autorización para la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés):** Escriba en letra de imprenta el nombre de la autoridad médica competente que estará autorizada a divulgar la información de salud del niño para los fines específicos de información de dieta especial. Escriba en letra de imprenta el nombre del distrito escolar que recibirá la información de salud del niño.

Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

- **Firma del padre/de la madre/del tutor:** Firma del padre/de la madre/del tutor que completa la declaración médica del niño.

- **Fecha:** Escriba en letra de imprenta la fecha en la que el padre/la madre/el tutor firma el formulario.

Sección B: debe completarla el profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado

Esta sección debe ser completada y firmada por el médico, médico asistente, osteópata, APRN, o el dietista registrado del niño.

1. **Deficiencia física o mental:** Marque (☑) la casilla que corresponda para indicar si el niño tiene una deficiencia física o mental que restringe su dieta. Si responde “Sí”, describa cómo la deficiencia física o mental del niño restringe su dieta.

2. **Plan alimentario:** Explique la modificación de alimentos para el niño. Brinde información detallada para garantizar la implementación correcta. Para las alergias alimentarias, esto significa identificar los alimentos que se deben evitar y las alternativas recomendadas. Para otras afecciones médicas, se puede necesitar más información. Por ejemplo, si el niño requiere modificaciones en las calorías o el reemplazo de una fórmula nutricional líquida para atender las necesidades especiales por una discapacidad, la declaración debe incluir esta información. Adjunte el plan alimentario específico si es necesario.

3. **Alimentos que se deben evitar y reemplazos:** Brinde información específica sobre qué alimentos deben evitarse en la dieta del niño y qué alimentos son alternativas apropiadas de reemplazo.

4. **Textura de los alimentos:** Marque (☑) la casilla apropiada y enumere los alimentos que requieren un cambio de textura; por ejemplo, cortados o picados en pedazos del tamaño de un bocado, bien molidos o hechos puré. Describir cualquier requisito específico para la modificación de textura. Indique si todos los alimentos deben prepararse de esta manera.

5. **Instrumentos:** Enumere los instrumentos o utensilios especiales que se necesitan para ayudar al niño a comer; por ejemplo, vaso con boquilla, cuchara con mango grande y muebles aptos para sillas de ruedas.

Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

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

Firma y sello oficial del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado

- **Nombre:** Escriba en letra de imprenta el nombre del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado
- **Firma:** Firma del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado que solicita la modificación de los alimentos.
- **Número de teléfono (con código de área):** Escriba en letra de imprenta el número de teléfono del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado, incluido el código de área.
- **Fecha:** Escriba en letra de imprenta la fecha en la que del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado firma el formulario.
- **Sello de la oficina, si esta disponible:** Selle el formulario con el sello de la oficina del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado.

Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

Para obtener más información, visite la página web del CSDE, Dietas especiales en los programas de nutrición escolar o comuníquese con el personal de los programas de nutrición escolar en la Connecticut State Department of Education, Bureau of Child Nutrition Programs, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este documento está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/sde/nutrition/nslp/specdiet/medical_statement_snp_instructions_spanish.pdf.

Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

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.

Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

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.

CONNECTICUT
Education