Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

Usa este formulario para solicitar modificaciones de alimentos para los niños que participan en los programas de nutrición escolar del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), incluida el Programa Nacional de Almuerzo Escolar (NSLP, por sus siglas en inglés), el Programa de Desayuno Escolar (SBP, por sus siglas en inglés), el Programa de Bocadillos Después de la Escuela (ASP, por sus siglas en inglés) del NSLP, el programa Opción Perfecta para el Verano (SSO, por sus siglas en inglés), el Programa Especial de Leche (SMP, por sus siglas en inglés), el Programa de Frutas y Verduras Frescas (FFVP, por sus siglas en inglés), y el Programa de Cena para Niños en Riesgo del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) implementados en las escuelas. Consulte el documento del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE, por sus siglas en inglés), *Instrucciones para completar el formulario de la declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar*.

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

Nombre del menor:_____ Fecha de nacimiento:_____

Nombre del padre/de la madre/del tutor:_____

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 el profesional de atención medica autorizado por el estado de mi hijo o el dietista registrado que esta en continuación de mi hijo en la medida que sea necesario para los fines específicos de información de dieta especial a y doy mi consentimiento para el distrito escolar que esta en continuación permitir que la autoridad médica competente intercambie libremente la información indicada en este formulario y en los registros de mi hijo con el distrito escolar, 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.

El nombre del profesional de atención medica autorizado por el estado o el dietista registrado:_____

Nombre del distrito escolar:_____

Firma del padre o tutor:_____ Fecha:_____

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

Esta sección debe ser completada por el médico, médico asistente, osteópata, profesional en enfermería avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) o el dietista registrado del niño.

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

   ☐ **No** ☐ **Si:** Describa cómo la deficiencia física o mental del niño restringe su dieta.

Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de nutrición escolar

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

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

4. **Textura de los alimentos:** Enumere los alimentos que requieren un cambio de textura y describir a continuación. Indique si todos los alimentos deben prepararse de esta manera.

   ☐ Cortados o picados en pedazos del tamaño de un bocado ☐ Bien molidos ☐ Hechos puré

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

5. **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:_____ Sello de la oficina:

Firma:_____

Fecha:_____

Número de teléfono (con código de área)_____

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.

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