

# Declaración médica para la modificación 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), [Guía e instrucciones: Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de cuidado infantil del 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)

1. Nombre del menor: \_\_\_\_\_ 2. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

3. Nombre del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_

4. Número de teléfono (con código de área): \_\_\_\_\_ 5. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

6. Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

7. 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.

8. Firma del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ 9. Fecha: \_\_\_\_\_

## Declaración médica para la modificación 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.

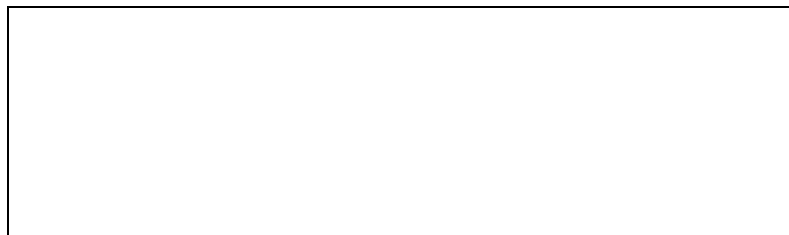
## Declaración médica para la modificación de alimentos en los programas de cuidado infantil del CACFP

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/MedicalCACFP\\_Spanish.pdf](https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/SpecDiet/MedicalCACFP_Spanish.pdf).

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

El Departamento de Educación del Estado de Connecticut se compromete a cumplir con una política de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas que califiquen. El Departamento de Educación de Connecticut no discrimina en ninguna práctica de empleo, programa educativo o actividad educativa por motivos de edad, ascendencia, color, antecedentes penales (en empleo y concesión de licencias estatales), identidad o expresión de género, información genética, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, estado civil, discapacidad mental (pasada o presente), origen nacional, discapacidad física (incluida la ceguera), raza, credo religioso, represalias por oponerse previamente a la discriminación o la coerción, sexo (embarazo o acoso sexual), orientación sexual, condición de veterano o peligros del lugar del trabajo para los órganos reproductivos, salvo que haya una calificación ocupacional de buena fe que excluya a las personas en alguna de las clases protegidas antes mencionadas.

Las consultas sobre las políticas de no discriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a Levy Gillespie, director de Igualdad de Oportunidades Laborales/coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Connecticut State Department of Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 607, Hartford, CT 06103, 860-807-2071, [levy.gillespie@ct.gov](mailto:levy.gillespie@ct.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.