COLORADO
Department of Public Health & Environment

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)
FORMULARIO DE DECLARACIÓN ESPECIAL DE DIETA/FORMULARIO DE ADAPTACIONES ESPECIALES

(Este formulario no se debe usar para indicar preferencias de alimentos)

1. Nombre y apellido del participante	2. Edad o fecha de nacimiento
3. Nombre del padre, madre o tutor	4. Número de teléfono
5. Nombre de la institución o proveedor de cuidados de niños	6. Número de teléfono

7. Marcar una sola opción:

☐ El participante tiene una discapacidad o un trastorno médico y *requiere* una alimentación o adaptación especial (consultar las instrucciones a continuación). Los proveedores del cuidado de niños y autoridades encargadas de la alimentación en la escuela que participen en los programas federales de nutrición **deben** cumplir con las solicitudes de alimentación especial y cualquier equipo de adaptación. **Un médico con licencia para ejercer, un enfermero especializado, dentista o asistente médico debe firmar este formulario.**

☐ El participante no tiene una discapacidad, pero solicita una alimentación especial o adaptación a causa de una intolerancia a los alimentos u otros motivos médicos. Se aconseja a los proveedores del cuidado de niños y las autoridades encargadas de la alimentación en la escuela que participen en los programas federales de nutrición que accedan a las solicitudes de adaptación razonables. Para servir un alimento o merienda reembolsable, la institución debe comprar y ofrecer los sustitutos de alimentos recomendados e indicados por la autoridad médica. Si el sustituto recomendado es difícil de obtener o genera una dificultad económica, un representante de la institución podrá comunicarse con la oficina de CDPHE-CACFP para solicitar la aprobación de recibir el reembolso por las comidas servidas al niño, aunque el padre, madre o tutor suministre el sustituto. **Un médico con licencia para ejercer, dentista, asistente médico, dietista registrado o enfermero especializado debe firmar este formulario.**

8. Discapacidad* o trastorno médico que requiere una alimentación especial o adaptación:

Describa el trastorno médico que requiere una alimentación especial o adaptación. Por ejemplo: "Diabetes juvenil, alergia a los cacahuetes, etc."

9. Si el participante tiene una discapacidad, escriba una breve descripción de la principal actividad de la vida que se ve afectada por la discapacidad:

Describa cómo el trastorno físico o médico afecta la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia al maní o cacahuate provoca una reacción potencialmente mortal".

10. Prescripción alimentaria de dieta o adaptación de alimentos. Describa detalladamente para asegurar una correcta implementación. Use páginas adicionales si es necesario.

Describa la alimentación o adaptación específica prescrita por el médico, enfermero especializado, dentista o asistente médico describa la modificación alimenticia requerida por un trastorno no relacionado con una discapacidad.

11. Alimentos que deben omitirse y sustitutos:

Enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones sugeridas. Si es necesario, se podrá adjuntar una hoja adicional con información complementaria. Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo: "Excluir leche líquida y leche de soja o productos derivados de la soja".

A. Alimentos que deben omitirse	B. Sustitutos sugeridos

12. Si se necesitan adaptaciones en cuanto a la textura de los alimentos, marque una de las casillas a continuación indicando la textura requerida:

Picado ☐ Molido ☐ Puré ☐ Líquido ☐

13. Equipos de adaptación:

Describa el equipo específico requerido para ayudar al participante a alimentarse. Los ejemplos pueden incluir una taza con pajilla para sorber líquidos, una cuchara con mango grande, mobiliario accesible con silla de ruedas, etc.

14. Firma del padre, madre o tutor **Fecha**

15. Firma de la autoridad médica**	16. Nombre en imprenta de la autoridad médica	17. Número de teléfono	18. Fecha

19. Nombre y dirección del consultorio médico:

***Consulte la definición federal de discapacidad en el manual de CDPHE-CACFP.**

****Se requiere la firma del médico, enfermero especializado, dentista o asistente médico para los participantes con una discapacidad. Para los participantes no discapacitados, un médico con licencia para ejercer, dentista, asistente médico, dietista registrado o enfermero especializado debe firmar el formulario.**

Este formulario se debe actualizar anualmente. Si el participante es un bebé, el formulario se debe actualizar cada seis meses.

La ley modificativa de la ley sobre estadounidenses con discapacidades (American with Disabilities Act Amendment Act) define a la discapacidad, en parte, como un impedimento físico o mental que restringe sustancialmente la capacidad de realizar una actividad vital importante o de que el cuerpo realice una función importante como individuo. Para obtener más información sobre la definición de discapacidad, consúltese el artículo 504 de la ley de rehabilitación de 1973 y la ley modificativa de la ley sobre estadounidenses con discapacidades (American with Disabilities Act Amendment Act) de 2008.

Consulte el siguiente enlace a la ley modificativa de la ley sobre estadounidenses con discapacidades (American with Disabilities Act Amendment Act or ADDA)**, que amplió la definición de discapacidad, en:**
https://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/ComparisonofADAandADAAA.pdf

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe discriminar a sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, si corresponde, preferencias políticas, estado civil, situación familiar, paternidad o maternidad, orientación sexual, o si la totalidad o una parte de los ingresos de una persona provienen de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. Si desea presentar una queja de discriminación relativa al programa de derechos civiles, obtenga un formulario de queja de discriminación del programa de USDA en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina de USDA, o por teléfono al (866) 632-9992. Las personas sordas o que tengan dificultades de audición o del habla podrán comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339 u (800) 845-6136 (en español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.