

Declaración médica para la modificación de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)

Este formulario se usa para solicitar modificaciones de alimentos para los participantes adultos en los centros de cuidado diurno para adultos que participan en el [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). Los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP deben modificar los alimentos dentro de lo razonable para los participantes 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 centros de cuidado diurno para adultos del CACFP](#).

Nota: El USDA exige que la declaración médica incluya 1) información suficiente sobre la deficiencia física o mental del participante para que el centro de cuidado diurno para adultos pueda comprender cómo la deficiencia restringe la dieta del participante; 2) una explicación de qué se debe hacer para considerar la discapacidad del participante; y 3) si corresponde, los alimentos que se deben evitar y las alternativas recomendadas. **Los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP no deben rechazar ni demorar una modificación de alimentos solicitada porque la declaración médica no brinda suficiente información.** Si es necesario, el centro de cuidado diurno para adultos debe trabajar con el participante o el familiar responsable para obtener la información requerida. Mientras se obtiene más información, el centro de cuidado diurno para adultos 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 participante: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Nombre del familiar responsable (si corresponde): _____
- 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 _____ *nombre de la autoridad médica competente del participante* a divulgar dicha información de salud protegida en la medida que sea necesario para los fines específicos de información de _____ y doy mi consentimiento para permitir que la autoridad médica *name of CACFP child care center or family day care home* competente dieta especial a intercambie libremente la información indicada en este formulario y en mis registros con el programa de cuidado diurno para adultos, según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello afecte la capacidad de mi solicitud para una dieta especial. Asimismo, entiendo que puedo anular el permiso para divulgar esta información en cualquier momento, salvo cuando la información ya se haya divulgado.
- Firma del participante o del familiar responsable: _____
- Fecha: _____

Declaración médica para la modificación de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP

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

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

No Sí: describa cómo la deficiencia física o mental del participante restringe su dieta.

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

Declaración médica para la modificación de alimentos en los centros de cuidado diurno para adultos del CACFP

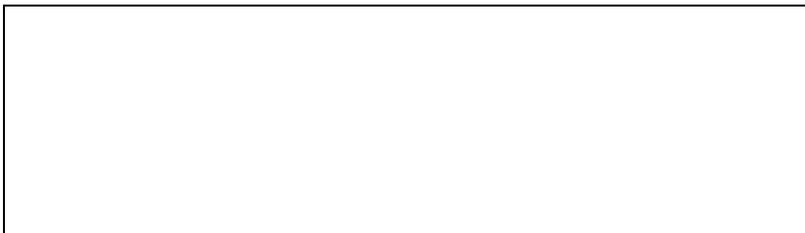
16. Nombre de la autoridad
médica competente: _____

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/AdultMedical_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.

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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.