

DECLARACIÓN MÉDICA

Padre/Madre/Tutor(a): Usted ha solicitado una modificación de las comidas para su participante del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) que no se puede lograr dentro de los requisitos federales de los patrones de comidas. Por lo tanto, para satisfacer las necesidades de su participante, este formulario debe completarse y devolverse al proveedor de atención. El formulario debe ser completado por un Médico Profesional del Cuidado de la Salud con Licencia Estatal (doctor en medicina o doctor en osteopatía), asistente médico, enfermero(a) acreditado(a)/ enfermero(a) profesional (APRN-NP, por sus siglas en inglés) o un quiropráctico. Un Terapeuta Nutricional Médico con Licencia (LMNT, por sus siglas en inglés) también puede completar y firmar cuando actúe bajo la consulta de un médico autorizado.

Nombre del/de la Participante:		Fecha de Nacimiento:
Nombre del/de la Padre/Madre/Tutor(a):		Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Dirección de Correo Electrónico:		
Descripción del impedimento físico o mental del/de la participante que restringe la dieta:		
Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones especiales para las comidas:		
Si corresponde, enumere los alimentos que deben omitirse:	Si corresponde, enumere los alimentos que deben sustituirse:	
Modificaciones de Textura:	Modificaciones de Espesor:	
Firma del Profesional de la Salud con Licencia Estatal:	Nombre del médico que refiere y trabaja con el/la LMNT (<i>si corresponde</i>):	
Nombre y Cargo en Letra de Molde:	Número de Teléfono:	Fecha:

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o tomar venganza o represalias por una actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado 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

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Uso Interno - Información del Proveedor de Atención Médica

Devolver a: _____

No. de Teléfono: _____

Fecha en que los proveedores recibieron el formulario: _____

Seguimiento: _____