



Meal Modification Request

2023-2024 School Year

Estimados padres/tutores:

Escuela/establecimiento de su hijo:

1. Realizará modificaciones de comidas recetadas por un médico matriculado, enfermera de práctica avanzada con autoridad para recetar o asistente médico para adaptar una discapacidad.
2. **No hará** (reemplazos por preferencias alimentarias, preferencias religiosas o preferencias culturales)

Nota: Las modificaciones de comidas se adaptarán únicamente por una de las razones enumeradas anteriormente. No se adaptará ninguna otra modificación de comidas.

En esta carta se adjuntan los formularios de *Declaración médica para modificación de comidas* y el *Formulario de preferencia alimentaria para modificación de comidas*. En el frente de cada formulario, se incluyen más instrucciones e información sobre las modificaciones de comidas que se pueden solicitar bajo las reglamentaciones federales. Lea atentamente esta información antes de completar el formulario correspondiente.

A fin de garantizar que se puedan realizar modificaciones de comidas de forma segura para su hijo, lleve la declaración médica completa antes del

Food Service Director:

Teri Maher

303-646-1850

tmaher@esdk12.org

137 Walnut Street

Elizabeth CO 80107

IMPORTANTE: Los únicos reemplazos de la leche líquida de vaca permitidos por el Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA) son los siguientes: (1) leche líquida de vaca sin lactosa (descremada o con 1 % de grasa o (2) una bebida no láctea con un perfil nutricional equivalente a la leche líquida de vaca, según se especifica en la reglamentación 7 CFR 210.10(d)(3), a menos que se indique otra sustitución en la Declaración médica para la modificación de comidas.

En caso de tener preguntas o necesitar asistencia, comuníquese con

Food Service Director:

Teri Maher

303-646-1850

tmaher@esdk12.org

137 Walnut Street

Elizabeth CO 80107

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Informe médico para modificación del consumo de alimentos

¡Importante! Lea cuidadosamente y siga los procedimientos para solicitar una adaptación especial en el consumo de alimentos. La escuela/centro devolverá los Formularios de Preferencias Dietéticas sin completar al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, el contacto de la escuela/centro mencionado en la Parte A lo ayudará.

Las escuelas y agencias que participen en los programas sobre el consumo de alimentos en la nutrición infantil **DEBEN** cumplir con las solicitudes para necesidades dietéticas especiales y el equipo adaptativo sin cargo adicional para niños con discapacidad documentada o necesidad médica. Si esta es una alergia a algún alimento que representa una amenaza para la vida y que resulta en anafilaxis, asegúrese de que el personal de enfermería complete el formulario Plan de Acción en Caso de Alergias y Anafilaxis.

Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada: un médico colegiado (MD o DO), enfermera especializada (advanced practice nurse, APN) autorizada para prescribir (prescriptive authority, RXN) o asistente médico (physician assistant, PA) deberá firmar un formulario de solicitud completado.

Las modificaciones del consumo de alimentos continuarán hasta que un médico colegiado, enfermera especializada autorizada para prescribir o asistente médico solicite que se cambien o detengan dichas modificaciones en el Formulario de Descontinuación, que está disponible en la escuela o centro. Se recomienda ampliamente que la orden dietética recetada se actualice anualmente con un formulario nuevo.

Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/centro – El padre/tutor o la persona contacto de la escuela/centro deberá completarlo.				
1. Nombre del estudiante:		2. Fecha de nacimiento:		3. Escuela/centro:
4. Nombre del padre/tutor:		5. Nro. de teléfono del padre/tutor:		
6. Nombre del contacto de la escuela/centro:		7. Nro. de teléfono del contacto de la escuela/centro:		
Parte B. Orden dietética recetada con necesidad médica documentada – Esto deberá completarlo un profesional médico colegiado como se especificó anteriormente. Deben completarse todas las secciones.				
1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta de su hijo:				
2. ¿Cuál actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica del estudiante? Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar.				
3. Tipo de dieta especial: ☐ Seleccione si no aplica O especifique el tipo de dieta especial (por ej., sodio bajo, sin gluten, diabetes, etc.)				
4. Textura modificada:	☐ No aplica	☐ Picada	☐ Molida	☐ En puré
5. Espesor modificado para los líquidos:	☐ No aplica	☐ Néctar	☐ Miel	☐ En cuchara o el mismo espesor del pudín
6. Equipo especial para alimentación: _____ ☐ Seleccione si no aplica O mencione el equipo especial para alimentación (por ej., cuchara con mango ancho, vaso de entrenamiento, etc.).				
7. Alimentos que deben omitirse o substituirse: Enumere los alimentos que deben omitirse o substituirse. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.				
Omitir los alimentos señalados a continuación:		Substituir los alimentos señalados a continuación:		
Información del médico colegiado/enfermera especializada autorizada para prescribir/médico asistente				
Firma:		Cargo:		
Nombre en letra de imprenta		Nro. de teléfono:	Fecha:	
Permiso del padre/tutor legal – Deberá completarlo el padre o tutor legal.				
Autorizo al personal de la escuela o centro responsable para implementar la orden dietética recetada de mi hijo para que se discutan las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal adecuado de la escuela o centro. Asimismo, autorizo al médico colegiado de mi hijo, la enfermera especializada autorizada para prescribir o al asistente médico a ofrecer detalles sobre la orden dietética recetada en este formulario si el personal de la escuela/centro le solicita hacerlo.				
Firma del padre/tutor legal y fecha:				

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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; or
- (2) **fax:**
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.