

**Programa de Alimentos para Cuidado Infantil**  
**Muestra de declaración médica para modificaciones de comidas**

---

**El personal del centro de cuidado infantil debe completar esta información:**

---

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del centro de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del director del centro de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

Estimado padre/madre/tutor y autoridad médica acreditada:

Se *deben* hacer modificaciones adecuadas para los niños con discapacidades que restrinjan su dieta. Una persona con discapacidad es cualquier persona con un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, que tiene un registro de dicha discapacidad o que se considera que tiene dicha discapacidad. Las actividades importantes de la vida incluyen, entre otras, la capacidad para comer, hacer la digestión y alimentarse. Un impedimento físico o mental no necesariamente tiene que ser potencialmente mortal para que sea una discapacidad. Algunos ejemplos de discapacidades incluyen: diabetes, alergia o intolerancia alimenticia, retraso en el desarrollo o autismo.

Cuando se hacen sustituciones y el patrón de comidas no se cumple, se requiere una declaración médica que debe estar firmada por un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero de práctica avanzada (ARNP).

Devuelva este formulario completado al centro de cuidado infantil. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el centro.

---

**Una autoridad médica acreditada debe completar esta información:**

---

Descripción del impedimento físico o mental del niño que restringe su dieta:

\_\_\_\_\_

Alimentos que deben omitirse:

Alimentos que deben sustituirse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa cualquier modificación en la textura, equipo adaptable u otras modificaciones requeridas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico o de la autoridad médica acreditada  
(En caso de discapacidad, debe firmar un médico, PA o ARNP)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Teléfono

---

**El padre/madre o el tutor deben completar la siguiente información:**

---

Marque la casilla si la solicitud es por una *preferencia* religiosa o dietética *únicamente*  
(no se requiere la firma de una autoridad médica)

Certifico que este centro no me pidió ni exigió dar alimentos especiales para mi hijo. Entiendo que el centro de cuidado infantil de mi hijo(a) *está obligado* a dar alimentos especiales para niños con discapacidad. Las solicitudes de modificaciones solo por preferencia se exhortan, pero no son obligatorias.

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del padre/madre: \_\_\_\_\_ Teléfono del padre/madre: \_\_\_\_\_