

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
 División de Bienestar Infantil y Familiar, Sección de Servicios de Nutrición Comunitaria
 Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos
Declaración Médica para Modificación de Comidas



Se deben realizar modificaciones razonables en las comida para los participantes del CACFP con condiciones médicas que restringe la dieta. Estas modificaciones pueden o no cumplir con los requisitos del patrón de comidas CACFP. De cualquier manera, las comidas del participante pueden ser reclamadas para reembolso si son apoyadas por esta declaración médica o documentación comparable. Esta declaración debe estar firmada por un profesional de la salud con licencia de Carolina del Norte autorizado por la ley estatal para escribir recetas médicas.

Completado por la Institución y/o Establecimiento del CACFP (To be completed by the CACFP Institution and/or Facility)	Nombre de la Institución / Institution Name:	Número de Acuerdo / Agreement Number:
	Nombre de la Instalación (si es diferente de arriba) / Facility Name (if different from above):	Número de Teléfono de la Instalación / Facility Phone Number:
	Nombre del Representante de la Instalación / Facility Representative Name:	Dirección de la Instalación / Facility Address:
Cumplimentado por el Participante Adulto o Padre/Tutor (To be completed by the Adult Participant or Parent/Guardian)	Nombre del Niño/Adulto Participante / Child/Adult Participant Name:	Fecha de Nacimiento / Date of Birth:
	Nombre del Padre/Tutor (si corresponde) / Parent/Guardian name (if applicable):	
Para ser completado por un Profesional de Salud Con Licencia (To be completed by the Licensed Healthcare Professional)		
Describa el impedimento físico o mental que restringe la dieta: (P.ej., Sara es alérgica a la leche de vaca y a la leche de soja; Ben no tolera las fresas lo cuál le provocan urticaria y diarrea; Juan tiene alergia alimentaria y no puede beber leche de vaca) / Describe the physical or mental impairment restricting the diet: (E.g., Sara is allergic to cow's milk and soy milk; Ben does not tolerate strawberries which causes him hives and diarrhea; Juan has a food allergy and cannot drink cow's milk)		
Bebidas/alimentos a omitir / Beverages/foods to omit:	Bebidas/alimentos a sustituir / Beverages/foods to be substituted:	
Describa cualquier otra necesidad dietética o modificación (p. ej., modificación de textura, modificación calórica, equipo de adaptación u otras modificaciones) / Describe any other dietary needs or modifications (e.g., textural modification, caloric modification, adaptive equipment, or other modifications):		
Firma Autorizada del Profesional de Salud con Licencia / Authorized Signature of Licensed Healthcare Professional:		
Nombre / Name	Título / Title	
Firma / Signature	Fecha / Date	

Esta institución es un proveedor de igual oportunidades. Las declaraciones médicas son confidenciales y se mantienen de forma segura. /
 This institution is an equal opportunity provider. Medical statements are confidential and are securely maintained.

Notas importantes para los operadores del CACFP sobre excepciones de comidas por razones de discapacidad

- Una persona con discapacidad es cualquier persona que tiene **alguna discapacidad física o mental** que limite sustancialmente una o más actividades vitales o funciones corporales importantes (incluyendo comer, respirar, aprender, digerir, y más)
- La mayoría de los impedimentos físicos y mentales constituirán una discapacidad, aunque no pongan en peligro la vida o sean menos graves gracias a la medicación u otras medidas.
- Los operadores deben hacer modificaciones razonables a la(s) comida(s), incluyendo proporcionar comidas especiales sin cargo adicional, para acomodar a los participantes con una discapacidad que restrinja su dieta.
- Los operadores no deben investigar la discapacidad aún más – una declaración médica válida es suficiente
 - Ejemplos: No pregunte sobre el historial médico, no solicite más documentación médica (a menos que falte la información requerida en el formulario), no pregunte sobre el diagnóstico, o pregunte cuánto tiempo lleva el participante con la discapacidad.
- Los operadores no están obligados a proporcionar la sustitución o modificación exacta recomendada, pero deben trabajar para proporcionar una modificación razonable acomode la discapacidad y brinde igual oportunidades para participar en el programa
 - Ejemplo: Si una modificación causaría un cambio que afectaría las operaciones del programa en general (p.ej., la modificación es tan costosa que no se pudo proporcionar el CACFP), la modificación no es necesaria
- Las comidas que no cumplen con el patrón de comidas son reembolsables solo con una declaración médica válida.

Una declaración médica para la modificación de comidas o documentación comparable debe incluir lo siguiente para ser válida:

1. Una descripción de la discapacidad que restringe la dieta del participante - el motivo de la solicitud
 - *Ejemplo: Sara es alérgica a la leche de vaca y a la leche de soja.*
2. Qué hacer para acomodar la discapacidad: bebidas o alimentos que deben omitirse
 - *Ejemplo: No servir leche de vaca ni de soja*
3. Recomendaciones sobre los alimentos que pueden servirse en su lugar - bebidas o alimentos a sustituir
 - *Ejemplo: leche de avena, leche de almendras, o leche de coco*
4. Estar firmado por un médico con licencia o profesional de salud con licencia que esté autorizado por la ley del Estado de Carolina del Norte para escribir recetas médicas
 - *Ejemplo: médico, enfermera practicante (NP), asistente médico (PA) o enfermera partera certificada (CNM)*