



**Programa de Alimentos para el cuidado infantil**  
**Declaración médica para niños con discapacidades**  
**y condiciones dietéticas especiales**  
(Medical Statement for Children with Disabilities and Special Dietary Conditions)

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del Centro de cuidados infantiles: \_\_\_\_\_

Estimado padre/madre/tutor y Autoridad médica reconocida:

Este centro de cuidados infantiles participa en el Programa de Alimentos para el cuidado infantil (Child Care Food Program, CCFP) y debe servir alimentos y meriendas que cumplan con los requisitos de CCFP. La sustitución de alimentos se debe hacer para los niños con una discapacidad física o mental cuando tienen el apoyo de una declaración firmada por un médico, asistente médico (physician's assistant, PA), enfermera certificado profesional (ARNP). La sustitución de alimentos también se puede hacer para los niños con condiciones dietéticas especiales (sin relación con una discapacidad) cuando tienen el apoyo de una declaración firmada por un médico, asistente médico (PA), enfermera profesional (ARNP) o nutricionista registrado. Cuando tiene el apoyo de esta documentación, los alimentos no deben cumplir con el patrón de alimentos. Devuelva este formulario completo al centro de cuidado infantil. Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo llamando al \_\_\_\_\_.

Número de teléfono del centro de cuidado infantil

Atentamente: \_\_\_\_\_  
Director del centro de cuidado infantil

**Una autoridad médica reconocida debe completar la siguiente información.**

1. ¿Tiene alguna discapacidad el menor identificado anteriormente? Una discapacidad se define como una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

Sí

**Si responde sí:**

a. Declare y describa la discapacidad. \_\_\_\_\_

b. ¿Cómo restringe la dieta esta discapacidad? \_\_\_\_\_

c. ¿Qué actividad importante de la vida se ve afectada? \_\_\_\_\_

No

**Si responde no:**

Identifique la condición médica (no relacionada con una discapacidad) que restringe la dieta del menor.  
\_\_\_\_\_

2. Describa cualquier alimento que se omitirá de la dieta del menor.  
\_\_\_\_\_

3. Describa cualquier alimento que se sustituirá.  
\_\_\_\_\_

4. Describa cualquier modificación textual o equipo de adaptación necesario.  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico o autoridad médica reconocida  
(Para una discapacidad; debe firmar un médico, PA, o ARNP)

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono