



INFORME MÉDICO DIETAS ESPECIALES Y/O ACOMODO RAZONABLE

Nombre de escuela/institución:	Nombre del sitio o centro:	Núm. de teléfono escuela o sitio:	
Nombre del participante:		Edad o fecha de nacimiento	
Nombre del padre o tutor:		Número de teléfono: Correo electrónico:	
Marque uno: ☐ El participante tiene una discapacidad o una condición médica y requiere una sustitución de alimentos o acomodo razonable. Las instituciones, escuelas y centros de cuido que participan en los programas de nutrición del niño deben cumplir con las solicitudes de alimentos especiales y cualquier equipo adaptativo. Un profesional de la salud autorizado a emitir declaraciones médicas según la ley estatal o un dietista registrado debe completar y firmar este formulario. ☐ El participante no presenta una discapacidad, pero solicita un alimento especial debido a una intolerancia alimentaria u otra condición médica, y/o un acomodo razonable para sustituir la leche fluida por una bebida no láctea que cumpla con los estándares nutricionales establecidos para sustitutos de la leche. Las preferencias alimentarias no constituyen un uso apropiado de este formulario. Se alienta a las instituciones, escuelas y agencias que participan en los programas federales de nutrición a atender solicitudes razonables. Nota: Si se solicita un sustituto de la leche que no cumpla con los estándares nutricionales establecidos para bebidas no lácteas, este formulario deberá ser completado y firmado por un profesional de la salud autorizado a emitir declaraciones médicas conforme la ley estatal o por un dietista registrado.			
Discapacidad o condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable:			
En participantes con discapacidad, describa brevemente las actividades de la vida diaria que se ven afectadas por esta condición:			
Dieta prescrita y/o acomodo razonable (favor describir detalladamente para asegurar una implantación o uso correcto. Utilice páginas adicionales, de ser necesario).			
Alimentos que deben omitirse y sustituciones sugeridas (Indique los alimentos específicos que deben excluirse y proponga alternativas adecuadas. Adjunte una hoja adicional si es necesario).			
A. Alimentos a omitir		B. Sustituciones Sugeridas	
Indique textura: ☐ Regular ☐ Trozada ☐ Molida ☐ Puré			
Necesidad de equipo especial:			
Firma de la persona que completa el documento	Nombre en letra de molde	Teléfono	Fecha
Firma, número de licencia y sello oficial del médico, licenciado en Nutrición y Dietética (LND) o dietista registrado (RD)	Nombre en letra de molde	Teléfono	Fecha

ydz Rev. mayo 2026

PO Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759 Tel. 787 759 2000 ext. 4625751

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

Instrucciones para solicitar Dietas Especiales y/o Acomodo Razonable

- **Nombre de escuela/institución:** Escriba el nombre de la escuela o institución que provee el formulario a los padres.
- **Nombre sitio/centro:** Escriba el nombre del sitio en el que se servirán los alimentos (por ejemplo, escuela, centro de cuido, centro comunitario, etc.)
- **Número teléfono escuela o sitio:** Escriba el número de teléfono del lugar donde se servirán los alimentos.
- **Nombre del participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
- **Edad o fecha de nacimiento:** Escriba la edad o la fecha de nacimiento del participante. Para infantes, favor indicar fecha de nacimiento.
- **Nombre del padre o tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita el certificado médico del participante.
- **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor.
- **Marque uno:** Marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar cual es la situación del participante.
- **Discapacidad o condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable:** Describa la condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia al maní, etc.)
- **En participantes con discapacidad, describa brevemente las actividades de la vida diaria que se ven afectadas por esta condición:** Describa cómo la condición física o médica afecta las actividades diarias del participante.
- **Dieta prescrita y/o acomodo razonable:** Describa las especificaciones de la dieta o el acomodo razonable prescritos por el médico, o la dieta modificada requerida para una condición de salud que no limita significativamente las funciones diarias, por ejemplo: todos los alimentos deben servirse de forma líquida o como puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido.
- **Alimentos que deben omitirse y sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse y proponga alternativas adecuadas. Adjunte una hoja adicional si es necesario
- **Indicar Textura:** Marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar el tipo de textura requerida para los alimentos. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque «regular».
- **Necesidad de equipo especial:** Describa el equipo especial necesario que ayudará al participante a consumir los alimentos. (Algunos ejemplos pueden ser: taza o vaso con sorbeto, una cuchara grande con mango especial, mueble con acceso para silla de ruedas, etc.).
- **Firma de la persona que completa el documento:** Firma de la persona que completa el formulario.
- **Nombre en letra de molde:** Escriba el nombre (en letra de molde) de la persona que completa el formulario.
- **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que completa el formulario.
- **Fecha:** Fecha en que se preparó el formulario.
- **Firma, número de licencia y sello oficial del profesional de la salud o el dietista registrado:** Firma, número de licencia y sello oficial (si aplica) del profesional de la salud autorizado a emitir declaraciones médicas conforme la ley estatal o el dietista registrado.

PO Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759 Tel. (787) 759-2000 ext. 4625751

- **Nombre en letra de molde:** Escribir el nombre del profesional de la salud o el dietista registrado en letra de molde.
- **Número de teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud o el dietista registrado.
- **Fecha:** Fecha que el profesional de la salud o el dietista registrado firmó el formulario.



In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. Mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; or
3. Email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.