



## REFERIDO DE DIETA-CENTRO ADMINISTRADO POR ACUDEN

Región: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_ Tel. Centro: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Niño(a): \_\_\_\_\_

Edad del Niño: \_\_\_\_\_ Peso en libras: \_\_\_\_\_

### Para ser completado por el médico

Nombre del Padre o Encargado(a) del Niño(a): \_\_\_\_\_

Tel. del Padre o Encargado(a) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Padre o Encargado(a): \_\_\_\_\_

Diagnóstico o Condición de Salud: \_\_\_\_\_

Marque uno. El participante:

- Tiene **discapacidad o condición médica** que requiere dieta especial o acomodo razonable (diabetes juvenil, alergia a maní, etc.). Ver definición de discapacidad en la página siguiente.
- No tiene discapacidad pero requiere dieta especial o acomodo razonable** debido a intolerancia a alimentos u otra razón médica. No cubre preferencia alimentaria.
- No tiene discapacidad**, pero por condición médica **requiere un sustituto de leche fluida** (bebida libre de lactosa).

Si tiene discapacidad; indique como le afecta su alimentación y/o sus actividades cotidianas: \_\_\_\_\_

**Dieta recomendada: (Favor de marcar la misma en la parte posterior de esta formulario)**

**Alimentos a Omitir y Sustituciones. Incluir hoja adicional de ser necesario.**

**Alimentos a Omitir**

**Sustituciones Sugeridas**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Textura:  Regular  Trozada  Molida  Puré

Equipo especial que ayudará al participante a consumir sus alimentos: \_\_\_\_\_

¿Necesita visitar un nutricionista-dietista para orientación más detallada de su dieta?: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Nombre del Médico

Núm. Licencia

Firma del Médico

Fecha: Día / Mes / Año

Teléfono del Médico

<sup>1</sup> El Programa para el Cuidado y Desarrollo del Niño, según lo dispone la Ley Núm. 79 del 13 de marzo de 2014, "Ley sobre el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos", prohíbe brindar leche artificial a todo participante entre las edades de 0-12 meses a no ser por indicación médica o por consentimiento escrito de padre, madre o tutor.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



## Favor de marcar la dieta recomendada

- La dieta regular** es una dieta **sin restricción** en el cual se **incluyen alimentos nutritivos** de todos los grupos recomendados.
- La dieta alta en hierro** es una dieta regular que **incluye alimentos altos en hierro**. Entre estos, los vegetales, granos, carnes y cereales integrales fortificados con hierro.
- La dieta alta en fibra** es una dieta regular que **incluye alimentos altos en fibra**. Entre estos, las frutas, vegetales, granos y cereales de grano integro.
- La dieta baja en grasa** es una modificación de la dieta regular en el cual **se controla la cantidad y el tipo de grasa**.
- La dieta libre de colorantes** es una dieta regular en el cual **se eliminan alimentos que contienen colorantes artificiales**.
- La dieta para diabetes e hipoglucemia** es una modificación de la dieta regular en la cual **se controlan los alimentos con alto contenido de azúcares refinadas y grasas**. Además, se incluyen meriendas durante el día. Indique la dieta:  
\_\_\_\_\_ Kcals    \_\_\_\_\_ Meriendas
- La dieta libre de irritantes** es una en la cual **se eliminan alimentos o bebidas que puedan causar irritación** en el sistema gastrointestinal.
- La dieta libre/baja en lactosa** es una dieta en la que **reduce o elimina la lactosa** que se encuentra en la leche y sus derivados a cantidades tolerables por el niño (a). Los alimentos eliminados en la dieta alimentario dependerán del nivel de tolerancia del niño (a).

---

### Definición de Discapacidad

**Discapacidad**- según la enmienda a la ley americana para personas con discapacidad, es una limitación física o mental que restringe sustancialmente las actividades cotidianas o funciones corporales de un individuo. Refiérase a la sección 504, Ley de Rehabilitación del 1973 y enmienda a la Ley Americana para personas con Discapacidad del 2008. La información sobre LAPD, la cual amplía la definición de discapacidad, puede encontrarse en: <http://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/comparisonofodaanda.daaa.pdf>