



DEPARTAMENTO DE

EDUCACIÓN

Oficina del Secretario

Lcdo. Eliezer Ramos Parés | Secretario | ramospr@de.pr.gov

14 de julio de 2026

Carta Circular núm.: 003-2026-2027

Subsecretaria asociada, subsecretaria para Asuntos Académicos y Programáticos, subsecretaria de Administración, secretaria asociada de Educación Especial, secretarios auxiliares, directores ejecutivos, de divisiones, institutos, oficinas, de áreas y programas, gerentes y subgerentes, superintendentes regionales, superintendentes de escuelas, superintendentes auxiliares, facilitadores docentes, supervisores de la Autoridad Escolar de Alimentos, nutricionistas, directores de escuela, maestros, padres, madres, tutores y encargados

POLÍTICA PÚBLICA SOBRE DIETAS MODIFICADAS PARA NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES

La Autoridad Escolar de Alimentos tiene la responsabilidad de ofrecer una alimentación adecuada, balanceada y gratuita a los niños y jóvenes en Puerto Rico, desde el nivel preescolar hasta el superior, que participan de los servicios de alimentos escolares. Igualmente, tiene la disposición de sustituir o modificar la alimentación del estudiante en caso de que, por alguna condición médica, el estudiante no pueda consumir los alimentos que, regularmente, se ofrecen en el comedor escolar.

La Ley Pública 111-296, *Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010*, los reglamentos del Programa de Almuerzos Escolares y del Programa de Desayunos Escolares establecen que el director de la escuela tiene que informar a los padres, las madres y los encargados sobre la disposición de sustituir o modificar la alimentación del estudiante. Estas deben satisfacer las necesidades de estos niños y jóvenes (algunos pueden necesitar modificaciones en la consistencia o textura de los alimentos, entre otras). Es importante que conozcan sobre el procedimiento que debe seguirse para solicitar este servicio.

Los padres, las madres y los encargados, que entiendan que no se ha atendido a su hijo de acuerdo con la modificación en la alimentación prescrita, pueden presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, completando el **Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA (AD-3027)**, disponible en línea en: program.intake@usda.gov.

Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al **866 632 9992**.

Envíe el formulario completado o su carta al USDA por cualquiera de los siguientes medios:

1. **Correo postal:**

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

3. **Correo electrónico:**

program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad en el habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Transmisión) a los teléfonos: 800 877 8339, 800 845 6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Es responsabilidad de los directores de escuela entregar a cada padre, madre y encargado, la información descrita en esta comunicación. Se incluye el boleto que deberá cumplimentar, certificando que la comunicación fue entregada. El director de la escuela deberá devolver el boleto debidamente cumplimentado a la Autoridad Escolar de Alimentos, nivel central, por medio del supervisor de la oficina regional educativa (ORE) correspondiente.

Esta Carta Circular deroga la Carta Circular núm. 05-2020-2021, «Política Pública sobre Dietas Modificadas para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales», así como cualquier otra directriz o disposición que sea incompatible, en su totalidad o en parte, con lo aquí establecido.

Atentamente,



Lcdo. Eliezer Ramos Parés
Secretario

Apéndices





DEPARTAMENTO DE

EDUCACIÓN

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Autoridad Escolar de Alimentos

Apéndice I

INFORMACIÓN SOBRE MODIFICACIÓN DE DIETA PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN FEDERAL 7 CFR SECCIÓN 220, SECCIÓN 210.10 (m)(2), LA AUTORIDAD ESCOLAR DE ALIMENTOS OFRECE UNA DIETA MODIFICADA PARA AQUELLOS ESTUDIANTES QUE ASÍ LO SOLICITEN Y QUE ESTÉN CERTIFICADOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN NUTRICIONAL.

La política de no discriminación del Departamento de Agricultura Federal, según el reglamento CFR 15 b.3 y la reglamentación federal bajo la cual se rigen los programas de Desayuno Escolar (7CFR 220) y Almuerzo Escolar (7CFR 210), establece que se harán las modificaciones en las comidas servidas a niños cuya discapacidad requiere restricciones en la dieta, siempre y cuando un médico licenciado así lo certifique.

Un nutricionista dietista licenciado del Departamento de Educación realiza la modificación dietética requerida. Además, la intervención del personal de la Autoridad Escolar de Alimentos, del director de la escuela, de maestros y de padres, madres y encargados del estudiante afectado es necesaria para lograr su integración a la escuela.

¿Cómo solicitar los servicios de alimentación modificada?

1. El padre, la madre o el encargado deberá notificar al director de la escuela la condición nutricional del estudiante.
2. El director de la escuela orientará al padre, la madre o el encargado sobre la documentación requerida y se comunicará con el personal de comedores escolares para solicitar los servicios necesarios y tramitar los documentos requeridos.

¿Qué dos documentos se requieren para atender la dieta prescrita del estudiante?

1. *Informe médico dietas especiales para solicitar dietas especiales o acomodo razonable* (apéndice 4) debidamente completado y firmado por un médico licenciado, dietista registrado o licenciado en nutrición y dietética.
2. Plan de alimentación trabajado por un nutricionista dietista licenciado.
 - a. Se requiere una distribución detallada del requerimiento calórico diario, así como la cantidad correspondiente de porciones por grupo de alimento. Cada nutricionista dietista licenciado tiene su formato.

Una vez sometidos, los documentos requeridos, **¿cuándo comienza el estudiante a recibir el servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada?**

El servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada, comenzará luego de que:

- El nutricionista de la Autoridad Escolar de Alimentos haya revisado y trabajado las recomendaciones del patrón alimentario del estudiante para:
 - Gestionar la compra de los alimentos o suplementos necesarios.
 - Gestionar la compra del equipo requerido para la preparación de los alimentos, de ser necesario.
 - Preparar el patrón alimentario basado en los alimentos disponibles en el comedor escolar y ofrecer la orientación necesaria al personal involucrado.
 - Los alimentos, suplementos o equipos necesarios para preparar y servir la dieta modificada hayan sido recibidos en el comedor escolar.

Responsabilidades del personal de la Autoridad Escolar de Alimentos

1. El nutricionista dietista y el supervisor de la ORE trabajarán las gestiones, en coordinación y con premura, con el personal del componente fiscal para la adquisición de alimentos, suplementos y equipo necesario y requerido en la dieta modificada (si alguno).
2. El personal del componente fiscal trabajará con diligencia el trámite descrito en el punto anterior.
3. El nutricionista dietista y el supervisor de la ORE trabajarán en coordinación para orientar al profesional de servicios de alimentos II, a padres, madres, encargados y a maestros, si fuera necesario, sobre la dieta modificada del estudiante.
4. El profesional de servicios de alimentos II supervisará y se asegurará de que la preparación y el servicio de la dieta modificada se realice de acuerdo con las recomendaciones sometidas por el nutricionista dietista licenciado de la Autoridad Escolar de Alimentos.
5. Cumplimentará el formulario *Seguimiento al plan de alimentación en el comedor escolar* (anexo 2), si lo amerita.

Responsabilidades del padre, de la madre o del encargado del estudiante

1. Entregar la documentación requerida y descrita en esta comunicación al director de la escuela.
2. Asistir a las orientaciones convocadas por el personal de la Autoridad Escolar de Alimentos.
3. Colaborar en la orientación y motivación al estudiante para el consumo de la dieta modificada.
4. Seguir las indicaciones de la dieta especial en la preparación de los alimentos en el hogar.
5. Actualizar y entregar anualmente la documentación requerida (prescripción médica y plan de alimentación).

Responsabilidades del estudiante

1. Asistir al comedor escolar diariamente, y consumir los alimentos que se preparan según su dieta modificada.
2. Notificar a la encargada del comedor escolar cualquier situación que surja en relación con su dieta.





DEPARTAMENTO DE

EDUCACIÓN

GOBIERNO DE PUERTO RICO

AGENCIA ESTATAL, SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Apéndice 4

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 cuidado 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 O ACOMODO RAZONABLE

1. **Nombre de escuela/institución:** Escriba el nombre de la escuela o institución que provee el formulario a los padres.
2. **Nombre sitio/centro:** Escriba el nombre del sitio en el que se servirán los alimentos (por ejemplo, escuela, centro de cuido, centro comunitario, etc.)
3. **Número teléfono escuela o sitio:** Escriba el número de teléfono del lugar donde se servirán los alimentos.
4. **Nombre del participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad o fecha de nacimiento:** Escriba la edad o la fecha de nacimiento del participante. Para infantes, favor indicar la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita el certificado médico del participante.
7. **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Marque uno:** Marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar cuál es la situación del participante.
9. **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.)
10. **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.
11. **Dieta prescrita 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.
12. **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.

13. **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».
14. **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.).
15. **Firma de la persona que completa el documento:** Firma de la persona que completa el formulario.
16. **Nombre en letra de molde:** Escriba el nombre (en letra de molde) de la persona que completa el formulario.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que completa el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en la que se preparó el formulario.
19. **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.
20. **Nombre en letra de molde:** Escribir el nombre del profesional de la salud o el dietista registrado en letra de molde.
21. **Número de teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud o el dietista registrado.
22. **Fecha:** Fecha en la que el profesional de la salud o el dietista registrado firmó el formulario.



DEPARTAMENTO DE

EDUCACIÓN

GOBIERNO DE PUERTO RICO

AGENCIA Estatal, SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Appendix 5

MEDICAL STATEMENT
REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

School/Agency Name	Site Name	Site Telephone Number	
Name of Participant		Age or Date of Birth	
Name of Parent or Guardian		Telephone Number	
Marque uno: ☐ The participant has a disability or a medical condition and requires a food substitution or reasonable accommodation. Institutions, schools, and childcare centers participating in the Child Nutrition Programs must comply with requests for special foods and any necessary adaptive equipment. A licensed healthcare professional authorized to issue medical statements under state law, or a registered dietitian, must complete and sign this form. ☐ The participant does not have a disability but is requesting special food due to food intolerance or other medical condition and/or reasonable accommodation to substitute fluid milk with a non-dairy beverage that meets the nutritional standards established for milk substitutes. Food preferences do not constitute an appropriate use of this form. Institutions, schools, and agencies participating in the federal Child Nutrition Programs are encouraged to honor reasonable requests. Note: If a milk substitute that does not meet the nutritional standards established for non-dairy beverages is requested, this form must be completed and signed by a licensed healthcare professional authorized to issue medical statements under state law or by a registered dietitian.			
Disability or medical condition requires a special meal or accommodation:			
For participants with a disability, briefly describe the major life activities affected by this condition:			
Diet prescription and/or accommodation: (please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed)			
Foods to be omitted and substitutions: (please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. you may attach a sheet with additional information as needed)			
A. Foods To Be Omitted		B. Suggested Substitutions	
Indicate texture: ☐ Regular ☐ Chopped ☐ Ground ☐ Pureed			
Adaptive Equipment:			
Signature of Preparer	Printed Name	Telephone Number	Date
Signature, license number, and official seal of the physician, licensed nutritionist-dietitian (LND), or registered dietitian (RD)	Printed Name	Telephone Number	Date

ydz Rev. mayo 2026

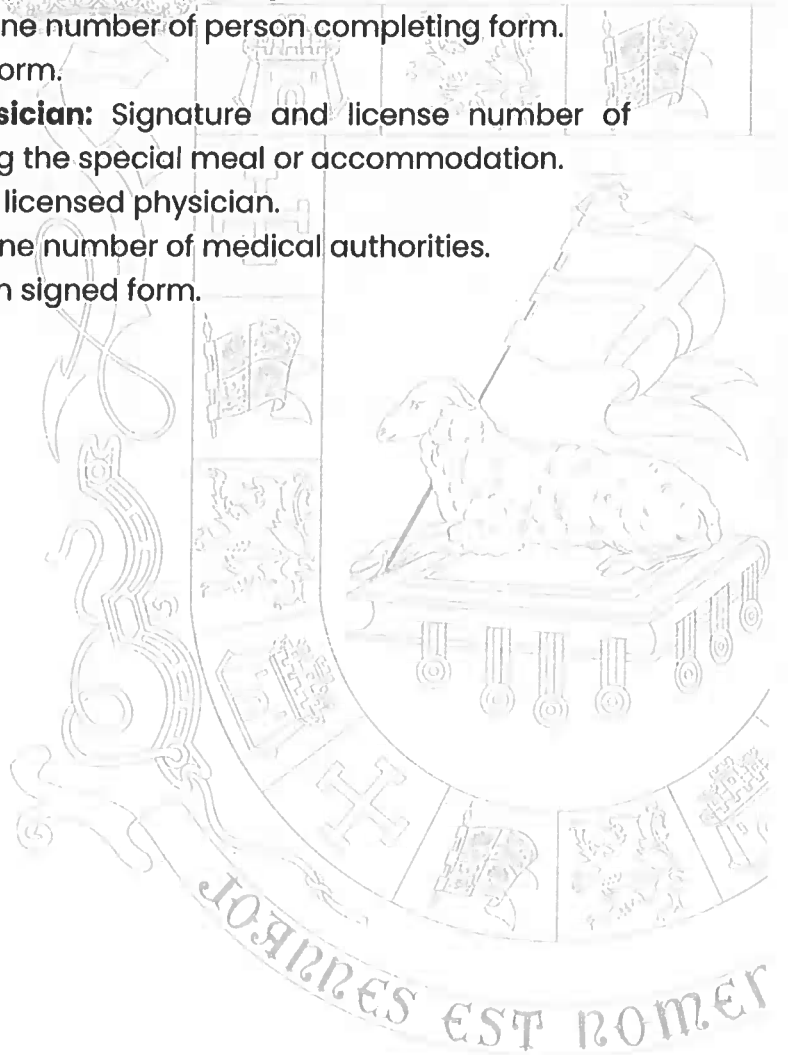
PO Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759 Tel. 787 759 2000 ext. 4625751

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

INSTRUCTIONS FOR REQUESTING SPECIAL DIETS AND/OR REASONABLE ACCOMMODATION

1. **School/Agency:** Print the name of the school or agency that provides the form to the parent.
2. **Site Name:** Print the name of the site where meals will be served (e.g., school site, childcare center, community center, etc.).
3. **Site Telephone Number:** Print the telephone number of site where meal will be served. See #2.
4. **Name of Participant:** Print the name of the child or adult participant to whom the information pertains.
5. **Age of Participant:** Print the age of the participant. For infants, please use Date of Birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the participant's medical statement.
7. **Telephone Number:** Print the telephone number of parent or guardian.
8. **Check One:** Check (✓) a box to indicate whether participant has a disability or does not have a disability.
9. **Disability or Medical Condition Requiring a Special Meal or Accommodation:** Describe the medical condition that requires a special meal or accommodation (e.g., juvenile diabetes, allergy to peanuts, etc.).
10. **If Participant has a Disability, Provide a Brief Description of Participant's Major Life Activity Affected by the Disability:** Describe how physical or medical condition affects disability. For example: "Allergy to peanuts causes a life-threatening reaction."
11. **Diet Prescription and/or Accommodation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician or describe diet modification requested for a non-disabling condition. For example: "All foods must be either in liquid or pureed form. Participant cannot consume any solid foods."
12. **Foods to Be Omitted and Substitutions:**
 - A. Food to Be Omitted:** List specific foods that must be omitted. For example, "exclude fluid milk."
 - B. Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet. For example, "calcium fortified juice."

13. **Indicate Texture:** Check (✓) a box to indicate the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification, check "Regular".
14. **Adaptive Equipment:** Describe specific equipment required to assist the participant with dining. (Examples may include a sippy cup, a large, handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.).
15. **Signature of Preparer:** Signature of person completing form.
16. **Printed Name:** Print name of person completing form.
17. **Telephone Number:** Telephone number of person completing form.
18. **Date:** Date preparer signed form.
19. **Signature of Licensed Physician:** Signature and license number of licensed physician requesting the special meal or accommodation.
20. **Printed Name:** Print name of licensed physician.
21. **Telephone Number:** Telephone number of medical authorities.
22. **Date:** Date licensed physician signed form.



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, audiotape, 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