

Formulario de seguimiento de necesidades dietéticas especiales

(Special Dietary Needs Tracking Form)

El personal del programa CACFP completa este formulario

El personal del programa CACFP debe completar este formulario para cada participante al que se sirven sustitutos del menú. Guarde el formulario y la documentación, según lo especificado, en los archivos.

Sección I: Discapacidad - Completar cuando un participante tiene una discapacidad que restringe el comer y/o alimentar y una declaración médica válida firmada por un profesional de la salud registrado en el estado (médico, asistente médico, o enfermera médica (APNP)) en los archivos. Los programas deben ofrecer una modificación razonable.

Sección II: Necesidad dietética especial no debida a una discapacidad - Completar cuando:

- La familia del participante solicita sustituciones de alimentos
- Se entrega una declaración médica que no es válida para una discapacidad. Ejemplos:
 - Declaración de un profesional de la salud no registrado (por ej., enfermera certificada, dietista o quiropráctico).
 - Declaración de un profesional de salud registrado que especifica una preferencia dietética de la familia, no una discapacidad (por ejemplo, una declaración indica que el participante puede tomar leche de arroz de acuerdo con los padres)

Nombre del participante _____ Fecha en que se completó el formulario _____

Sección I: Discapacidad

Complete esta sección entera y después seleccione si las comidas se pueden reclamar o no en la parte interior.

- El participante tiene una deficiencia física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida
- ✓ Las actividades importantes de la vida incluyen comer, respirar, función digestiva y respiratoria, etc.
 - ✓ La mayoría de las deficiencias físicas y mentales constituyen una discapacidad, no necesitan ser una amenaza para la vida
 - ✓ Ejemplo: la intolerancia a la lactosa es una deficiencia física de la función digestiva; no tiene por qué causar molestias graves
- Se adjunta una declaración médica escrita válida que incluye:
- ✓ Descripción de la deficiencia (motivo para la solicitud)
 - ✓ Cómo acomodar la deficiencia (por ej., alimentos(s) a evitar y sustituto(s) recomendado(s))
 - ✓ Firma del profesional de salud registrado en el estado (médico, asistente médico o enfermero médico (APNP))
- Lista de sustitución(es)/modificación(es) ofrecidas por el programa que acomoden efectivamente la discapacidad:
- ✓ Las sustituciones o modificaciones ofrecidas deben acomodar al participante, pero no tiene que ser la modificación exacta solicitada
- _____
- Elija una:
- La familia acepta la acomodación(es) del programa
 - La familia rechaza la acomodación(s) del programa y elige proporcionar: _____
- _____

Determinación para reclamación de comidas

- Reclamar comidas:
- ✓ La sección I de este formulario, incluida toda la documentación aplicable, está completa y archivada
 - ✓ El programa ha realizado la modificación(es) razonable de acuerdo a la declaración médica
 - ✓ El programa proporcionó la modificación(es), o la familia ha elegido proporcionar la modificación(es), y el programa proporciona por lo menos un componente
- No reclamar comidas:
- ✓ La familia ha elegido proporcionar todos los alimentos; el programa no proporciona ningún componente

Nombre del Proveedor: _____

Proveedor #: _____

Nombre del participante _____

Fecha en que se completó el formulario _____

Sección II: Solicitud de necesidad dietética especial (SDN) no debida a una discapacidad

Las solicitudes de necesidad dietética especial no debida a una discapacidad son cuando la familia solicita que no se sirvan alimentos específicos, pide que se sustituyan alimentos específicos u entrega una declaración médica no válida para una discapacidad. Los programas no están obligados, pero pueden elegir acomodar esas solicitudes. Una familia puede elegir proporcionar **un componente bonificable** para una comida reembolsable por una necesidad dietética especial no debida a una discapacidad. Todas las sustituciones de alimentos para esas solicitudes deben cumplir todos los requisitos del patrón de comidas.

Complete esta sección entera y después seleccione si las comidas se pueden reclamar o no en la parte interior.

Se adjunta una declaración escrita de la familia, formulario de historial de salud DCF o declaración médica no válida para una discapacidad que:

- Identifica la necesidad dietética especial, incluidos los alimentos que no se deben servir y los sustitutos aceptables
- Incluye una declaración de que la familia elige proporcionar los alimentos (si corresponde)

Necesidad dietética especial del participante no debida a una discapacidad (marque todas las que correspondan):

- Religiosa Étnica Preferencia de estilo de vida (haga un círculo: vegetariano, orgánico)
- Otro: _____

Enumere el ítem(s) de alimento específico sustituido por el programa:

- Las sustituciones de alimentos deben cumplir los requerimientos de patrón de comidas
- Si la sustitución de alimento no cumple los requerimientos de patrón alimentario, **no reclame** esa comida/snack

- | | |
|----------|--|
| 1. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Enumere el ítem(s) de alimento específico proporcionado por la familia:

- Los programas deben asegurar que los alimentos proporcionados por la familia cumplan los requerimientos del patrón de comidas
- Si la familia proporciona una sustitución de alimento que no cumple los requerimientos de patrón de comidas, **no reclame** esa comida/snack

- | | |
|----------|--|
| 1. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. _____ | CACFP bonificable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Determinación para reclamación de comidas

Reclamar comidas cuando:

- La sección II de este formulario está completa y archivada
- La familia proporciona **no más de un** componente en una comida o snack
- Los alimentos sustituidos son acreditables al patrón de comidas (acreditable quiere decir que los alimentos cuentan para cumplir los requerimientos del patrón de comidas)
- El programa proporciona todos los otros componentes requeridos y todos los alimentos son atribuibles al patrón de comidas

No reclamar comidas cuando:

- La familia proporciona **más de un componente**
- Se sirven alimentos no bonificables

Bebidas no bonificables:

- Las bebidas no lácteas que no sean nutricionalmente equivalentes a la leche de vaca, incluidas las leches de almendra, anacardos, coco, marihuana, avena, arroz y algunas leches de soya
- 2% de leche
- Agua

Las comidas/snacks que se sirven en lugar de la leche de vaca no se pueden reclamar

Los **sustitutos sin carne** elaborados a partir de proteínas alternativas y/o ingredientes de proteína vegetal texturizados solo se pueden atribuir al patrón alimentario CACFP si cuentan con una etiqueta de nutrición infantil (CN) o una declaración de formulación del producto (PFS)

Marque la comida(s) que se puede reclamar:

- Desayuno
- Almuerzo/Cena
- Snacks