



Formulario de seguimiento de necesidades dietéticas especiales **(FDCH SDN Tracking Form Spanish)**

Solo los proveedores y patrocinadores de FDCH pueden completar esta formulario

Los proveedores domiciliarios de cuidado de día familiar deben completar este formulario por cada niño al que sirven sustituciones del menú. *Los patrocinadores pueden ayudar si es necesario.* El patrocinador y el proveedor deben guardar este formulario y los documentos aplicables de este niño, según se especifica, en sus archivos.

Sección I: Discapacidad (abajo) - Completar si un niño tiene un impedimento que limite comer y/o alimentar y dispone de una declaración médica valida firmada por un profesional de salud registrado del estado (médico, asistente médico, enfermero de practica avanzada (APNP), dentista, optometrista, podólogo) en el expediente.

Sección II: Necesidad dietética especial no relacionada con discapacidad (reverso de esta página) - Completar si:

- La familia de un niño solicita sustituciones de alimentos
- Se proporciona una declaración médica no válida para una discapacidad. Ejemplos:
 - Declaración de un profesional de salud no registrado (es decir, enfermera, dietista o quiropráctico)
 - Declaración de un profesional de atención de salud registrado que especifica una preferencia dietética de la familia, no una discapacidad (por ej., una declaración que indique que el niño puede beber leche de arroz según el padre/madre)

Sección I: Discapacidad

Completar esta página entera. Marcar cada casilla cuando la acción se complete.

Nombre del proveedor: _____ Número de proveedor: _____

Nombre del niño: _____

- El niño tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o dos actividades principales de la vida
- ✓ Las actividades principales de la vida incluyen comer, respirar, la digestión y las funciones respiratorias, etc. El impedimento no tiene que ser potencialmente mortal; por ejemplo, la intolerancia a la lactosa es un impedimento físico de la función digestiva
- Se adjunta una declaración médica escrita válida que incluye:
- ✓ Descripción del impedimento (razón de la solicitud)
 - ✓ Cómo acomodar el impedimento (por ej., alimentos a evitar y sustitutos recomendados)
 - ✓ Firma del profesional de salud con licencia estatal (médico, asistente de médico, enfermero de practica avanzada (APNP), dentista, optometrista, podólogo)

ADAPTACIÓN(ES)

El proveedor debe ofrecer adaptaciones razonables según lo especificado en la declaración médica.

- Indicar sustitución(es)/modificación(es) **ofrecidas por el proveedor:**
- _____
- _____
- Elegir una.** La familia del niño:
- Acepta la(s) adaptación(es) del proveedor
 - Rechaza la(s) adaptación(es) del proveedor y elige suministrar:

RECLAMAR COMIDAS

Reclamar comidas cuando el proveedor:

- ✓ Ha realizado las modificaciones razonables según la declaración médica
- ✓ Suministra una modificación o la familia elige suministrar la modificación. El proveedor debe suministrar al menos un componente.

No reclamar comidas cuando:

- ✓ La familia elige suministrar todos los alimentos (el proveedor no suministra ningún componente)

Marcar las comidas que se pueden reclamar: Desayuno Almuerzo/Cena Refrigerios (snacks)

Comentarios:



Formulario de seguimiento de necesidades dietéticas especiales (FDCH SDN Tracking Form Spanish)

Solo los proveedores y patrocinadores de FDCH pueden completar esta formulario

Solo para uso del patrocinador FDCH

- El patrocinador revisó la solicitud escrita y completó el Formulario de seguimiento SDN con el proveedor
- El patrocinador anotó las comidas reclamables para fines de verificación y monitoreo
- Tanto el patrocinador como el proveedor tienen una copia del Formulario de seguimiento SDN aprobada por el patrocinador en sus archivos

Iniciales del personal: _____

Fecha de aprobación: _____

Sección II: Solicitud de necesidad dietética especial (SDN) no relacionada con discapacidad

Completar esta página entera. Marcar cada casilla cuando la acción se complete.

Nombre del proveedor: _____ Número de proveedor: _____

Nombre del niño: _____

- Este niño tiene una solicitud no de discapacidad (marque todas las que correspondan):
 - Religiosa
 - Étnica
 - Preferencia de estilo de vida (haga un círculo en: vegetariano, orgánico)
 - Otra: _____
- Se adjunta una declaración escrita de la familia, el formulario de historial de salud DCF o una declaración médica no válida para una discapacidad que:
 - ✓ Identifica la solicitud de no discapacidad, incluyendo alimentos que no se deben servir y sustitutos permitidos
 - ✓ Incluye una declaración de que la familia elige proporcionar los alimentos (si corresponde)

SUSTITUCIÓN DE COMIDAS

- Indique los alimentos específicos que el proveedor elige sustituir:
 - ✓ Las comidas y los sustitutos de alimentos deben cumplir los requisitos del patrón de comida. Si un sustituto de comida o de alimento no cumple los requisitos de patrón de comida, **no reclame** esa comida/refrigerio o merienda.
 1. _____ Reembolsable por el CACFP: Sí No
 2. _____ Reembolsable por el CACFP: Sí No
 3. _____ Reembolsable por el CACFP: Sí No
- Indique los alimentos específicos suministrados por la familia:
 - ✓ Una familia puede elegir suministrar un componente reembolsable de una comida o refrigerio/merienda
 - ✓ Los proveedores deben asegurar que el alimento suministrado por la familia es reembolsable
 - ✓ Si la familia suministra más de un componente o un alimento sustituto que no es reembolsable, **no reclame** esa comida/refrigerio
 1. _____ Reembolsable por el CACFP: Sí No
 2. _____ Reembolsable por el CACFP: Sí No
 3. _____ Reembolsable por el CACFP: Sí No

Una solicitud frecuente no por discapacidad es servir una bebida no reembolsable en lugar de la leche de vaca. Estas incluyen bebidas no lácteas que no son nutricionalmente equivalentes a la leche de vaca como la leche de almendras, castaña de cajú, coco, cáñamo, avena, arroz y algunas leches de soya; 2% de leche, y agua. **Cuando una de estas bebidas se sirva en lugar de la leche de vaca, las comidas/refrigerios no se pueden reclamar.**

Los sustitutos sin carne hechos de ingredientes de proteínas alternativas y/o proteínas vegetales texturadas solo pueden acreditarse al patrón de CACFP con una etiqueta de nutrición infantil (Child Nutrition, CN) o declaración de formulación del producto (Product Formulation Statement, PFS)



Formulario de seguimiento de necesidades dietéticas especiales

El personal del programa CACFP completa este formulario

RECLAMAR COMIDAS

Reclamar comidas cuando:

- ✓ Los alimentos y bebidas sustitutas son reembolsables al patrón de comidas
- ✓ Todos los otros componentes de la comida/refrigerio requerido son suministrados por el proveedor
- ✓ La familia suministra **no más de un componente reembolsable** en una comida/refrigerio

No reclamar comidas cuando:

- ✓ La familia suministra **más de un componente**
- ✓ Se sirven alimentos o bebidas no reembolsables (incluidos los suministrados por el proveedor y los suministrados por la familia)

Marcar las comidas que se pueden reclamar: Desayuno Almuerzo/Cena Refrigerios (snacks)

Comentarios:

Solo para uso del patrocinador FDCH

- El patrocinador revisó la solicitud escrita y completó el Formulario de seguimiento SDN con el proveedor
- El patrocinador anotó las comidas reclamables para fines de verificación y monitoreo
- Tanto el patrocinador como el proveedor tienen una copia del Formulario de seguimiento SDN aprobada por el patrocinador en sus archivos

Iniciales del personal:

Fecha de aprobación: