



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

*El personal del programa CACFP completa este formulario*

El personal de CACFP debe completar este formulario para cada participante al que se sirvan sustituciones del menú. Este formulario y la documentación aplicable, según lo especificado, debe mantenerse en el expediente.

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

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

- La familia del participante solicita sustituciones de comidas por razones no relacionadas con una discapacidad
- Se provee 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 participante puede beber leche de arroz según el padre/madre)

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó el formulario \_\_\_\_\_

## Sección I: Discapacidad

*Completar esta página entera. Marcar las casillas cuando la acción se complete.*

- El participante 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 práctica avanzada (APNP), dentista, oculista, podólogo)

## ADAPTACIÓN(ES)

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

Indicar sustitución(es)/modificación(es) **ofrecida por el programa:** \_\_\_\_\_

**Elija una.** La familia del participante:

Acepta la(s) adaptación(es) del programa

Rechaza la(s) adaptación(es) del programa y elige suministrar:

## EXIGIR COMIDAS

Exija comidas cuando el proveedor:

- ✓ Haya realizado las modificaciones razonables según la declaración médica
- ✓ Proporciona una modificación(es) o la familia elige suministrar la modificación(es). El programa debe suministrar al menos un componente.

No exija comidas cuando:

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

Marcar las comida(s) que se pueden exigir:  Desayuno  Almuerzo/Cena  Refrigerios o meriendas

## COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL

- Conversar las modificaciones de comida del participante con el personal, incluido cuando las comidas puedan y no puedan ser reclamadas.

**Registrar la fecha de la conversación con el personal:**

**Nombre del participante** \_\_\_\_\_

**Fecha en que se completó el formulario** \_\_\_\_\_

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

*Completar esta página entera. Marcar las casillas cuando la acción se complete.*

- El participante 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 medica 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 programa 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 exija** 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 proporcionados por la familia:
- ✓ Una familia puede elegir proporcionar un componente reembolsable de una comida o refrigerio/merienda
  - ✓ Los programas deben asegurarse de que el alimento proporcionado por la familia es reembolsable
  - ✓ Si la familia proporciona más de un componente o un alimento sustituto que no es reembolsable, **no exija** 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 o meriendas no se pueden exigir.**

Los **sustitutos sin carne** hechos de ingredientes de proteínas alternativas y/o proteínas vegetales texturizadas 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)

## EXIGIR COMIDAS

Exija comidas cuando:

- ✓ Los alimentos y bebidas sustitutas son reembolsables al patrón de comidas
- ✓ Se proporcionan todos los componentes de la comida/refrigerio requeridos
- ✓ La familia proporciona **no más de un componente reembolsable** en una comida/refrigerio

No exija comidas cuando:

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

- Marcar las comida(s) que se pueden exigir:**  Desayuno  Almuerzo/Cena  Refrigerios o meriendas

## COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL

- Conversar las modificaciones de comida del participante con el personal, incluido cuando las comidas puedan y no puedan ser reclamadas.

**Registrar la fecha de la conversación con el personal:**