

**Programa de Alimentación para Niños y Adultos
(CACFP, por sus siglas en inglés)
Sección de Aprobación de la Alimentación Infantil
Opcional**

Sección de rechazo de los padres

No deseo participar en el Programa de Alimentación para Niños y Adultos

(El padre proporciona toda la comida y leche de fórmula para el niño. El Centro/Hogar no reclamará ninguna comida para niños.)

Deseo participar

(El Centro/Hogar servirá las comidas/aperitivos al niño y pedirá un reembolso.

Los padres/tutores deben marcar y poner sus iniciales en los alimentos/leche de fórmula que aparecen a continuación)

Nombre del Centro/proveedor: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estimado padre/madre/tutor,

Como parte del programa de Alimentación para Niños y Adultos, podemos ofrecerle los siguientes alimentos a su bebé cuando esté lo suficientemente desarrollado, de acuerdo con el patrón de comidas del CACFP. Cuando su hijo tenga la edad de comer alimentos sólidos, los alimentos para bebés serán sustituidos por alimentos sólidos.

Seleccione (✓) los alimentos que le gustaría que le sirviéramos a su hijo. Puede seleccionar (✓) más de un elemento del mismo grupo.

Lactancia materna/leche de fórmula (indique la opción y mencione el tipo de leche de fórmula específica)

_____ Leche materna o leche de fórmula enriquecida con hierro (proporcionada por los padres)

_____ Leche de fórmula fortificada con hierro (fórmula proporcionada por el centro)

<u>Cereal seco fortificado con hierro</u>	<u>Verduras</u>	<u>Frutas</u>	<u>Carne/ Alternativas a la carne</u>
<input type="checkbox"/> Arroz	<input type="checkbox"/> Zanahorias	<input type="checkbox"/> Puré de manzanas	<input type="checkbox"/> Pollo/pavo
<input type="checkbox"/> Avena	<input type="checkbox"/> Frijoles Verdes	<input type="checkbox"/> Bananas	<input type="checkbox"/> Carne de ternera
<input type="checkbox"/> Cebada	<input type="checkbox"/> Batatas	<input type="checkbox"/> Duraznos	<input type="checkbox"/> Otro (alternativos a la carne):
<input type="checkbox"/> Otro (Panes/ galletas): _____	<input type="checkbox"/> Guisantes	<input type="checkbox"/> Peras	_____
	<input type="checkbox"/> Calabaza	<input type="checkbox"/> Ciruelas	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Requisitos especiales: Cualquier modificación del patrón de comidas para bebés del CACFP debe ir acompañada de una declaración médica firmada por una autoridad médica acreditada, que explique la razón de la necesidad especial y proporcione una lista de sustituciones o modificaciones de los alimentos. Esto incluiría a los bebés que se alimentan de forma regular en el centro.

_____ Firma del padre/madre _____ Fecha

_____ Firma del funcionario _____ Fecha