

FORMULARIO DE ELECCIÓN DEL PADRE/TUTOR (INFANT)

NOMBRE DEL INFANTE:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
	(Nombre, Inicial Medio, Apellido)		(mm/dd/aaaa)

Este centro/proveedor participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en) y recibe fondos federales del USDA para servir comidas nutritivas a bebés y niños. La participación en el CACFP requiere que los cuidadores sigan patrones específicos de comidas de acuerdo con las clasificaciones de grupos de edad detalladas en las formas *CACFP-009 Child Meal Pattern* y el patrón de comidas *para bebés CACFP-010*.

(Centro/Proveedor)_____ acepta alimentar a su bebé con leche materna proporcionada por el padre/tutor. El centro/proveedor proporcionará fórmula infantil fortificada con hierro. La fórmula proporcionada es_____.

Las regulaciones federales requieren que los centros/proveedores que participan en el CACFP ofrezcan fórmula fortificada con hierro a los bebés que están a cargo durante los horarios del servicio de comidas. Los padres/tutores pueden rechazar la fórmula del centro/proveedor ofrecido y suministrar la leche maternizada del bebé, proporcionar leche materna expresada amamantar en el lugar.

INDIQUE LAS PREFERENCIAS (Elija todas las opciones que se aplican inicializando y saliendo en el(los) espacio(s) apropiado(s))	NACIMIENTO – 5 MESES	6 MESES – 11 MESES
OPCION 1: CENTRO/PROVEEDOR OFRECIÓ FÓRMULA FORTIFICADA CON HIERRO	INICIALES: _____ FECHA: _____	INICIALES: _____ FECHA: _____
OPCION 2: EL PADRE/GUARDIÁN PROPORCIONARÁ LA FÓRMULA	INICIALES: _____ FECHA: _____	INICIALES: _____ FECHA: _____
OPCION 3: EL PADRE/TUTOR PROPORCIONARÁ LECHE MATERNA EXPRESADA	INICIALES: _____ FECHA: _____	INICIALES: _____ FECHA: _____
OPCION 4: LA LACTANCIA MATERNA SE LLEVARÁ A CABO EN EL SITIO	INICIALES: _____ FECHA: _____	INICIALES: _____ FECHA: _____

¡SE ALIENTAN LOS CENTROS/PROVEEDORES AMIGOS DE BREASTFEEDING!

Muchos centros y proveedores ahora tienen espacio designado en el lugar para la lactancia materna.

¡Pregunte a su representante del centro o proveedor de la guardería para obtener más información!

Las regulaciones federales también requieren que los centros/proveedores que participan en el CACFP proporcionen cereales infantiles fortificados con hierro y otros alimentos cuando el niño esté preparado para el desarrollo.

INDIQUE LAS PREFERENCIAS	NACIMIENTO – 5 MESES	6 MESES – 11 MESES
OPCION 1: CENTRO/PROVEEDOR OFRECIÓ CEREALES FORTIFICADOS CON HIERRO Y OTROS ALIMENTOS BASADOS EN EL PATRÓN DE COMIDAS DEL CACFP	INICIALES: _____ FECHA: _____	INICIALES: _____ FECHA: _____
OPCION 2: LOS PADRES/TUTORES PROPORCIONARÁN CEREALES Y ALIMENTOS SÓLIDOS CUANDO EL MOMENTO SEA APROPIADO	INICIALES: _____ FECHA: _____	INICIALES: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

- ESTE FORMULARIO DEBE MANTENERSE **ACTUALIZADO, PRECISO Y ARCHIVADO** PARA CADA BEBÉ INSCRITO EN CUIDADO INFANTIL HASTA QUE EL BEBÉ ALCANCE 1 AÑO DE EDAD O YANOESTÉNLECHEMATERNAO LECHEMATERNIZADAPARALACTANTES.
- LA LECHEMATERNA ES UN SUSTITUTO DE LECHE ACEPTABLE PARA NIÑOS DE CUALQUIER EDAD EN EL CONTEXTO DEL CACFP.
- A MEDIDA QUE LAS SITUACIONES CAMBIAN, COMO AUTORIDAD MEDICA CAMBIO DE LA FORMULA DE UN INFANT, DEBE COMPLETARSE UN NUEVO FORMULARIO.
- SI EL PADRE/GUARDIANO DECLINE LA FORMULA Y EL CENTRO/PROVEEDOR PROPORCIONA AL MENOS UNA COMIDA **REQUERIDA** Y/O COMPONENTE DE SNACK, LA COMIDA O LA SNACK PUEDE SER RECLAMADA PARA REEMBOLSO.
- SI EL PADRE/GUARDIANO DECLINE INFANT MEALS/SNACKS, NO PUEDEN SER RECLAMADOS PARA REEM

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.