

## Physician's Request for Special Dietary Accommodations

All sections must be completely filled out before form will be accepted.

Date: \_\_\_\_\_

School Year: \_\_\_\_\_

**Part I (To be completed by Parent/Guardian)**

Name of Students (Last): \_\_\_\_\_ (First): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

School Attended: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID#: \_\_\_\_\_

Which meals will the child eat at school (please circle)? **Breakfast** **Lunch** **After School Snack**

School Nurse/ Nurse Consultant: \_\_\_\_\_ Contact Information: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

I give Health Services/ Food Services permission to speak with the below named Physician or Authorized Medical Authority to discuss the dietary needs described below.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Part II (To be completed by School Nurse or Physician)**

Does the child have a disability? **Yes** **No**

Under Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, a "person with a disability" is any person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more life activities, has a record of such an impairment or is regarded as having such an impairment.

If yes, please describe the major life activities affected by the disability: \_\_\_\_\_

Does the child have a life-threatening food allergy? **Yes** **No**

If yes to any of the above questions, Part III must be completed and signed by a Licensed Physician.  
If no to both questions, Part III may be completed and signed by a Licensed Physician or Recognized Medical Authority.

**Part III (To be completed by Licensed Physician or Recognized Medical Authority [i.e. Physician Assistant or Advanced Practice Nurse])**

**Medical Diagnosis:** \_\_\_\_\_

**Foods to be omitted:**

\_\_\_\_ Fluid Milk      \_\_\_\_ All dairy products      \_\_\_\_ All milk protein (casein, whey, etc.)      \_\_\_\_ Soy protein  
\_\_\_\_ Wheat      \_\_\_\_ Gluten      \_\_\_\_ Eggs      \_\_\_\_ All egg protein (albumin, etc.)  
\_\_\_\_ Seafood      \_\_\_\_ Corn (as major ingredient)      \_\_\_\_ All corn additives (dextrin, caramel color, etc.)  
\_\_\_\_ Peanuts      \_\_\_\_ All Nuts      \_\_\_\_ All foods produced in a facility with nut containing products  
\_\_\_\_ Other (please be specific): \_\_\_\_\_

**Foods to be substituted:** \_\_\_\_\_

(For non-disabled students who cannot have fluid milk, food services will choose the most appropriate milk substitute.)

**Texture Modification:** \_\_\_\_ soft    \_\_\_\_ minced    \_\_\_\_ pureed    other (specify) \_\_\_\_\_

**HISD Formulary - Please choose from the following list:**

**Boost Kid Essentials 1.0    Nutren Jr.    Nutren Jr. with Fiber    Peptamen Jr. 1.5    Peptamen 1.5    Nutren 1.5**

\*Supplements not on the formulary list will take up to 6 weeks to be processed    Other: \_\_\_\_\_

**Supplement dosage per meal:**

\_\_\_\_ Breakfast      \_\_\_\_ Lunch      \_\_\_\_ After School Snack Program (if offered)

**Will the student eat a regular meal along with receiving a supplement?** **Yes** **No**

**Name of Medical Authority (please print):** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_

Send completed forms to school nurse/nurse consultant. **Physician requests must be renewed each school year. Any change of treatment must be requested in writing by the physician.** To ensure that the request is processed prior to the first day of school, submit the request no later than one month prior to the first day of school.

## Formulario de solicitud del médico para modificaciones en la dieta del alumno

Se deben completar todas las secciones para que el formulario sea aceptado.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Primera Parte (a ser completada por los padres o tutores legales)**

Apellido del alumno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ N° de identificación Estudiantil: \_\_\_\_\_

Comidas aplicables (haga un círculo)? **Desayuno** **Almuerzo** **Merienda después del horario escolar**

Enfermera escolar/consultante: \_\_\_\_\_ Información de contacto: \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Doy permiso a los departamentos de Servicios de Sanidad y Servicios de Alimentación para comunicarse con el médico indicado abajo o la autoridad médica apropiada para discutir las necesidades dietéticas descritas abajo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Segunda Parte (a ser completada por la enfermera escolar o el médico)**

¿Tiene el niño una discapacidad? **Sí** **No**

Bajo la sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y el Acta para Discapacitados de 1990, una "persona con una discapacidad" es todo individuo que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades en su vida, tenga antecedentes o cuente con datos sobre dicho impedimento o se considere que padece dicho impedimento.

Si la respuesta es sí, describa las actividades mayores afectadas por la discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño una alergia a alimentos que pueda poner en riesgo su vida? **Sí** **No**

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, la Tercera Parte debe ser completada y firmada por un médico con licencia.

Si responde 'no' a las dos preguntas anteriores, la Tercera Parte puede ser completada y firmada por un médico con licencia o una autoridad médica reconocida.

**Tercera Parte (a ser completada por un médico licenciado o autoridad médica competente)**

**Diagnóstico médica:** \_\_\_\_\_

**Alimentos que deben omitirse:**

Leche líquida     Todos los productos lácteos     Toda la proteína de la leche (caseína, suero de la leche, etc.)     la proteína de la soya  
 Trigo     Gluten     Huevos     Todas las proteínas del huevo (albúmina, etc.)  
 Fruto del mar     Maíz (como ingrediente principal)     Todos los aditivos del maíz (dextrina, color caramelo, etc.)  
 Cacahuete (maní)     Todas las nueces     Todos los alimentos producidos donde haya productos con nueces  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Comida que debe ser substituida:** \_\_\_\_\_

(Para los alumnos no discapacitados que no puedan tomar leche, el Servicio de Alimentación elegirá el sustituto más apropiado.)

**Modificación de la consistencia:**  suave     triturada     puré    **otro (especificar)** \_\_\_\_\_

**Suplemento (eligen de la siguiente lista):**

**Boost Kid Essentials 1.0**    **Nutren Jr.**    **Nutren Jr. con Fiber**    **Peptamin Jr. 1.5**  
**Peptamin 1.5**    **Nutren 1.5**    **\*Otro:** \_\_\_\_\_

\*Los suplementos no mencionados en esta lista serán procesado dentro de un período de hasta 6 semanas)

**Dosis suplementaria de comida:**

Desayuno     Lunch     Programa de bocadillo después del horario escolar (si se ofrece)

¿Comerá el alumno un alimento regular a parte de recibir el suplemento? **Sí** **No**

**Nombre de la autoridad médica (en imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Envíen los formularios completos a la enfermera de la escuela o enfermera consultante. **Las solicitudes de los médicos (physician requests) deben ser renovadas cada año. Cualquier cambio debe ser solicitado por el médico por escrito.** Para asegurarnos que esta solicitud sea tenida en cuenta antes del primer día de escuela, presente la solicitud al menos un mes antes del comienzo de las clases