HISD | Nutrition Services
WE SOLVE. WE SERVE. WE NOURISH.

Physician's Request for Special Dietary Accommodations

Date: _____

School Year: _____

All sections must be completely filled out for this form to be accepted. *indicates required field.

A. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT / LEGAL GUARDIAN

***Student Last Name:** _____ ***First Name:**_____ **Date of Birth:** ___/___/___

School:_____ **Grade:** _____ **Student ID:** _____

Parent/Guardian Name: _____ **Phone:** _____

School Nurse: _____ **Phone:** _____

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

Parent Signature: _____ **Date:** _____

B. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN / PRESCRIBING MEDICAL AUTHORITY

***Does the child have a disability and/or anaphylactic/life-threatening food allergy?** ☐ YES ☐ NO *If YES selected, form must be completed and signed by licensed physician.*

***If YES, please describe the major life activities affected by the disability:** _____

***MEDICAL DIAGNOSIS:** _____

ACCOMMODATIONS NEEDED

^Soy milk is the standard substitution when Fluid Dairy Milk is omitted

I. Restrictions Needed: ☐ **NONE**

☐ No Fluid Dairy Milk^ ☐ No Dairy Products (yogurt, cheese, etc) ☐ No Milk Protein/Milk Ingredients (in baked goods, etc.)

☐ No Whole Eggs ☐ No Eggs as an ingredient

☐ No Wheat/Gluten ☐ No Soy ingredients

☐ No Peanuts ☐ No Tree Nuts *(please note that HISD does not serve peanuts or tree nuts on the regular menus)*

☐ No foods processed in a facility that contains nuts

☐ No Seafood

☐ Other (Please list) _____

Substitutions _____

II. Texture Modification: ☐ **NONE**

Duration: *(choose one)*

☐ Year-Round

☐ Temporary: Start _____ Stop _____

Liquids: *(choose one)*

☐ Mildly Thick (Level 2)

☐ Moderately Thick (Level 3)

☐ Extremely Thick (Level 4)

Solids: *(choose one)*

☐ Soft & Bite-Sized (Level 6)

☐ Minced & Moist (Level 5)

☐ Pureed (Level 4)

III. Supplement: ☐ **NONE**

☐ NPO ☐ Supplement to accompany oral diet

☐ Boost Kid Essentials 1.5 ☐ Pediasure ☐ Pediasure with Fiber ☐ Pediasure with Fiber 1.5 ☐ Pediasure Enteral with Fiber 1.0

☐ Other :_____ **Supplements not listed above may take up to 6 weeks to be processed.*

Dosage Per Meal (**REQUIRED**): ____Breakfast ____Lunch ____After School Snack

IV. Therapeutic Diet Order: Please provide specifics as needed. _____

_____

C. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN / PRESCRIBING MEDICAL AUTHORITY

I certify that the above named student needs special dietary accommodations, as described above, because of the student's disability and/ or life-threatening food allergy or food intolerance/allergy, as indicated.

_____ ☐MD ☐DO ☐NP ☐PA

***Signature of Licensed Physician/Prescribing Medical Authority** Date

_____

***Printed Name of Licensed Physician/Prescribing Medical Authority**

_____

Phone Fax

_____

Address

Send completed form to school nurse. *Please submit new Physician Request form each school year. Any change or discontinuation must be submitted in writing by the physician. Please allow two business weeks for processing. Fax completed forms to (713) 491-5998. Contact NSSPECIALDIETS@houstonisd.org with questions.*

HISD | Nutrition Services
WE SOLVE. WE SERVE. WE NOURISH.

Solicitud médica para realizarle modificaciones especiales a la dieta de un menor

Fecha: _____

Ciclo escolar: _____

No se aceptará el formulario si no se han llenado todas las secciones. El * indica dato requerido.

A. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE O TUTOR

***Nombre del estudiante:**_____ **Fecha de Nac.:** ___/___/___

Escuela:_____ **Grado:** _____ **ID:** _____

Padre o tutor: _____ **Teléfono:** _____

Enfermera de la escuela: _____ **Teléfono:** _____

Doy mi autorización para que los Servicios de Salud o los Servicios de Nutrición hablen con el doctor o la autoridad médica que se menciona más adelante para discutir las necesidades de alimentación que se describen a continuación:

Firma del padre o tutor:_____ **Fecha:**_____

B. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

* **¿Tiene el niño una discapacidad o una alergia alimentaria que podría provocarle anafilaxis o poner en peligro su vida?** ☐ SÍ ☐ NO *Si marcó Sí, un médico licenciado debe llenar y firmar este formulario.*

***Si respondió SÍ, indique las actividades importantes afectadas por la discapacidad:**_____

***DIAGNÓSTICO MÉDICO:** _____

MODIFICACIONES NECESARIAS

^La leche de soya es la sustitución estándar cuando se omite la leche líquida de origen animal.

I. Restricciones necesarias: ☐ **NINGUNA**

☐ No consumir leche de origen animal líquida^
☐ No consumir huevo entero
☐ No consumir trigo o gluten
☐ No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.)
☐ No usar huevos como ingrediente
☐ No consumir soya
☐ No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.)
☐ No consumir maní
☐ No consumir frutos secos *(Tenga presente que HISD no incluye maní o frutos secos en sus menús).*
☐ No consumir alimentos procesados en instalaciones donde haya habido nueces
☐ No consumir mariscos
☐ Otras (anote) _____

Alimentos substitutos _____

II. Modificación de la textura: ☐ **NINGUNA**

Duración: *(marque una)*
☐ Durante todo el año
☐ Temporalmente: Iniciar _____ Terminar_____

Líquidos: *(marque una)*
☐ Levemente espeso (Nivel 2)
☐ Medianamente espeso (Nivel 3)
☐ Sumamente espeso (Nivel 4)

Sólidos: *(marque una)*
☐ Blando y tamaño de bocado (Nivel 6)
☐ Molido y húmedo (Nivel 5)
☐ Hecho puré (Nivel 4)

III. Suplementos: ☐ **NINGUNA**

☐ Nil per os (No ingerir nada por vía oral) ☐ Algún suplemento acompañará la dieta oral
☐ Boost Kid Essentials 1.5 ☐ Pediasure ☐ Pediasure con fibra ☐ Pediasure con fibra 1.5 ☐ Pediasure Enteral con fibra 1.0
☐ Otro: _____ **Podría tomar hasta 6 semanas incorporar suplementos que no se hayan indicado anteriormente.*

Dosis por alimento **(ES REQUISITO)**: ____Desayuno ____Almuerzo ____Colación al término de las clases

IV. Orden de dieta terapéutica: Por favor ofrezca datos específicos: _____

_____

C. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

Yo certifico que el estudiante que se menciona arriba necesita las modificaciones dietéticas descritas, dado que presenta una discapacidad o una alergia alimentaria severa provocada por alimentos que ponen en riesgo su vida, como ya se ha mencionado.

_____ ☐MD ☐DO ☐NP ☐PA

***Firma del doctor o autoridad médica** Fecha

_____

***Nombre del doctor o autoridad médica**

_____

Teléfono Fax Domicilio

Entregue el forma lleno a la enfermera de la escuela. Deberá presentar uno nuevo cada año. Todo cambio o terminación de tratamiento debe comunicarse por escrito, de parte del médico. El trámite toma dos semanas. Mande la forma por fax a (713) 491-5998. Contacte NSSPECIALDIETS@houstonisd.org con preguntas.