



Physician's Request for Special Dietary Accommodations

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

Date: _____

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)

Medical Condition: _____

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

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.

"In accordance with Federal law and U. S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability (Not all prohibited bases apply to all programs.) To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call (202)720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer."

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)

Condición 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