

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 (MD/DO).

*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 | ☐ Sesame ☐ Whole Corn ☐ All Corn Derivatives |
| ☐ 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.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or marital or parental status in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/easerc/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9999. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

Solicitud médica de modificaciones especiales a la dieta

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

*Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____ 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. (MD/DO)*

* 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 productos lácteos (yogur, queso, etc.) | ☐ No incluir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.) |
| ☐ No consumir huevo entero | ☐ No usar huevos como ingrediente | |
| ☐ No consumir trigo o gluten | ☐ No usar soya como ingrediente | |
| ☐ No consumir maní | ☐ No consumir frutos secos (<i>Tenga presente que HISD no incluye maní o frutos secos en sus menús.</i>) | |
| ☐ No consumir alimentos procesados en instalaciones donde haya habido nueces | ☐ Sésamo o ajonjolí | |
| ☐ No consumir mariscos | ☐ Maíz entero | ☐ Todos los derivados del maíz |
| ☐ 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: ☐ NINGUNO

- ☐ Nil per os (No ingerir nada por vía oral) ☐ Suplemento que 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 aquí.*

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 formulario 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. Envíe el formulario por fax a (713) 491-5998. Si tiene preguntas, envíe un email a NSSPECIALDIETS@houstonisd.org.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-302) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDAe incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDApor: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.