



# FRESH FOOD. MINDS.

## Physician's Request for Special Dietary Accommodations Galena Park ISD Student Nutrition

All requests are subject to GPISD approval and provision based on policy and procedure

All Sections must be completely filled out for this form to be accepted.

\*Indicates required field.

DATE: \_\_\_\_\_

SCHOOL YEAR: \_\_\_\_\_

### 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 Lactose Free milk or Soy Milk is the standard substitution when Fluid Dairy Milk please prescribe under Substitutions ^

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  No foods processed in a facility that contains nuts  No Seafood

Other (Please list) \_\_\_\_\_

Substitutions \_\_\_\_\_

#### I. Texture Modification: NONE

Duration: (choose one)

Year-Round

Temporary: Start \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_

Liquids: (choose one)

Mildly Thick (Level 2)

Moderately Thick (Level 3)  Minced & Moist (Level 5)

Extremely Thick (Level 4)  Pureed (Level 4)

Solids: (choose one)

Soft & Bite-Sized (Level 6)

#### 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 may take up to 6 weeks to be processed.

Dosage Per Meal (REQUIRED): \_\_\_\_\_ Breakfast \_\_\_\_\_ Lunch \_\_\_\_\_ After School Supper

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

**Page 2 of 2**

**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. Scan completed forms to [ALGRANT@galenaparkisd.com](mailto:ALGRANT@galenaparkisd.com) or call 832-386-1549 with questions or return to the school nurse for further processing.**

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, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity 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: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 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) 632-9992. 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](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.



# FRESH FOOD. FRESH MINDS.

## Galena Park ISD Solicitud médica para realizarle modificaciones especiales a la dieta de un menor

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

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

Ciclo escolar: \_\_\_\_\_

### 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 provocar 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 lactose free la leche líquida de origen or Soy la leche

#### I. Restricciones necesarias: NINGUNA

- No consumir leche de lactose free      ^       No consumir productos lácteos (yogur, queso, etc.)       No consumir proteína láctea o ingredientes lácteos (en alimentos horneados, etc.)
- No consumir huevo entero       No usar huevos como ingrediente
- No consumir trigo o gluten       No consumir soya
- 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 sustitutos \_\_\_\_\_

#### II. Modificación de la textura: NINGUNA      Líquidos: (marque una)      Sólidos: (marque una)

Duración: (marque una)

- Durante todo el año       Levemente espeso (Nivel 2)       Blando y tamaño de bocado (Nivel 6)
- Temporalmente: Iniciar \_\_\_\_\_ Terminar \_\_\_\_\_       Medianamente espeso (Nivel 3)       Molido y húmedo (Nivel 5)
- Sumamente espeso (Nivel 4)       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

**Page 2 of 2**

*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 scan a [ALGRANT@galenaparkisd.com](mailto:ALGRANT@galenaparkisd.com) con preguntas contacte 832-386-1549 or return to school nurse for further processing..*

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, letras grandes, cintas 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-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e 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 USDA por: (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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.