



# Physician's Request For Non-Standard Formula & Infant Food / Solicitud del médico para fórmula no estándar y alimentos para bebés

**THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN / ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL PADRE/TUTOR LEGAL**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ # de ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Como padre o tutor, doy permiso a Galena Park ISD de contactar la oficina del médico en relación a las necesidades dietéticas de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN / ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR UN MÉDICO CERTIFICADO**

The US Department of Agriculture School Meals Program requires that **ALL** questions be answered in order for ANY diet modification or substitution to be made

Does the child have a disability and/or life-threatening food allergy requiring diet modification? Yes  No

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

If YES, please describe the major life activities affected: \_\_\_\_\_

\*If the student does NOT have a disability and/or food allergy, this form does not need to be completed and will be disregarded

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

**Qualifying Conditions:** (Please check all that applies)

All changes or updates to diet modifications must be provided in writing by a Licensed Physician

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular condition  | <input type="checkbox"/> Tube feeding      | <input type="checkbox"/> Malabsorption/Maldigestion                                |
| <input type="checkbox"/> Developmental delays      | <input type="checkbox"/> FTT               | <input type="checkbox"/> GER/GERD  |
| <input type="checkbox"/> Seizure disorder          | <input type="checkbox"/> GI disorder       | <input type="checkbox"/> Renal disorder  |
| <input type="checkbox"/> Respiratory condition     | <input type="checkbox"/> Inadequate growth | <input type="checkbox"/> Food allergies (cow's milk, soy, or intact protein)/FPIES |
| <input type="checkbox"/> Oral motor feeding issues | <input type="checkbox"/> Prematurity/LBW   |  |
| <input type="checkbox"/> Other: _____              |  |  |

**Formula Options:**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Similac Soy Isomil<br><i>(soy-based)</i> | <input type="checkbox"/> Enfamil Gentlease<br><i>(for mild lactose intolerance)</i> | <input type="checkbox"/> Enfamil A.R<br><i>(for mild lactose intolerance)</i> | <input type="checkbox"/> Enfamil Reguline<br><i>(for mild lactose intolerance)</i> |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                             |   |   |  |

**Infant Food:** (If applicable) Check Foods to **remove** from the menu

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infant cereal | <input type="checkbox"/> Baby food*<br><i>(due to delay or inability to consume solids)</i> | <input type="checkbox"/> Formula only, no foods<br><i>(due to delay or inability to consume solids)</i> |
|--|---|---|

\*Please specify food item to omit: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, physician for \_\_\_\_\_, declare the herein mentioned child Physician's Name Child's Name to possess the following listed Life Threatening Food Allergies and/or Disabilities. Alternate foods should be offered at school in accordance with the following guidelines.

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_

Parent / Padre de familia: Envíe el formulario completo a la enfermera de la escuela y también envíe una copia a [tvo@galenaparkisd.com](mailto:tvo@galenaparkisd.com). Por favor espere dos semanas hábiles para que se realice el proceso.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o venganza o represalia por actividad anterior de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de denuncia de discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o por carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. correo postal: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o

2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.