

UNITED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Special Diet Prescription Form for Meals at School 2017-2018

Note to Parents/ Guardians: The district requires that all students who need a special meal for Breakfast or Lunch must do the following:

1. Present this form signed by parent or legal guardian and also by the prescribing physician. **(U.S. Physician ONLY)**
A. **Only diagnoses/conditions that are classified as a disability will be honored. A licensed physician must determine a disability.**
B. The form must be filled out entirely including diagnosis, disability, and foods to be substituted.
2. Diet prescription must be kept current by submitting a new form at the beginning of each school year.
3. To change or cancel a diet order, written consent from a physician and parent is required.

Name of Student: _____ School: _____ Grade: _____ I.D. #: _____
D.O.B. _____ Height: _____ Weight: _____

Physician Statement

Diagnosis: _____

Does this child have a disability requiring diet modification? Yes No

If yes, indicate the major life activities and/or bodily functions affected:

- Eating Caring for Self Walking Hearing Vision Learning Speaking Breathing Performing Manual Tasks
 Immune function Normal cell growth Digestive Bladder Neurological Respiratory Circulatory Endocrine Cardiovascular

Meals Requiring Diet Modification

- Breakfast Lunch Snack

Food Allergies

Indicate the type of allergy below:

- Milk Eggs Wheat Fish Shellfish Peanuts Tree Nuts Soy Other _____

Is the allergy life-threatening or severe? Yes No

Are foods containing the allergens as minor ingredients allowed? Yes No

(For example, milk or eggs in baked goods)

If yes, specify which allergen(s) may be included: _____

Special Dietary Instructions

Therapeutic Dietary Prescription (Check all that apply)

- Diabetic: Specific Carbohydrate Grams: Breakfast _____g Lunch _____g Snack am _____g pm _____g

- Reduced Calories (weight control, reduced fat, low cholesterol, calorie controlled)

- Increased Calories Supplement (if needed) _____

- Lactose Intolerance: Beverage to be offered _____

- Lactose Intolerance--**milk only** (may have milk products): Beverage to be offered _____

- Ulcer

- Texture Modification: Pureed Ground Chopped

- Other (type and instructions) _____

Please list any additional diet information including foods to be omitted with appropriate substitutions:

Diet Cancellation

- Resume regular meals in the cafeteria and CANCEL previous diet order. Physician Signature/Date: _____

Diet Expiration Date: _____

*Prescription must be renewed at the beginning of the school year unless otherwise specified.

Physician Name (PRINTED) Signature of Physician (NOT STAMPED) Date Phone #

Parents/ Guardians Signature Date Home Phone # Emergency Phone #

UNITED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Forma Para Receta de Dieta Especial Para Comidas En Las Escuelas 2017-2018

Nota Para Padres/ Tutores: El Distrito requiere que estudiantes que necesitan una dieta especial para el almuerzo ó la comida necesitan hacer lo siguiente:

- 1. Presente esta forma firmada por el padre ó guardian legal y tambien firmada por el Doctor del estudiante. **(Solamente Doctores de los Estados Unidos)**
 - A. **Solamente diagnósticos/condiciones que clasifiquen como discapacidad serán considerados. Un doctor tiene que determinar si un diagnóstico/condición es una discapacidad.**
 - B. La forma se tiene que llenar por completo incluyendo el diagnóstico, incapacidad, y lista de comidas alternativas.
- 2. Mantenga la receta de la dieta reciente, sometiendo una receta nueva al principio de cada año escolar.
- 3. Para cambiar ó cancelar la dieta, se necesita permiso escrito por el Doctor y Padre

Nombre de Estudiante: _____ **Escuela:** _____ **Grado:** _____ **I.D. #:** _____
F.D.N. _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____

Declaración de Doctor

Diagnóstico: _____

Tiene el Niño/Niña una discapacidad? Si No

Si esta incapacitado, favor de explicar las actividades afectadas por esa incapacidad:

- Alimentación Cuidado de Si Mismo Andar Audición Vista Aprendizaje Habla Respiración
- Habilidad para Trabajos Manuales Crecimiento celular normal Función del sistema inmunológico Digestivo Vejiga Neurológico
- Respiratorio Circulatorio Endocrino Cardiovascular

Comidas Que Requieren Modificación

Almuerzo Comida Bocado

Alergias a los Alimentos

Indicar tipo de alergia:

Leche Huevos Trigo Pescado Mariscos Cacahuates Nueces Soya Otro _____

La alergia es severa con riesgo de muerte? Si No

Se permiten comidas que incluyen la sustancia alérgica como ingrediente menor? Si No

(Por ejemplo, leche ó huevos en panes)

Favor de especificar que sustancia alérgica se permite:

Instrucciones para Dieta Especial

Receta De Dieta Terapéutica (Marcar lo que corresponda)

Diabetica: Gramos de Carbohidrato: Almuerzo _____g Comida _____g Bocado am _____g pm _____g

Bajo en Calorías (control de peso, reducida en grasa, bajo en colesterol, calorías controlada)

Alta en Calorías Suplemento (si es necesario) _____

Intolerancia a la Lactosa: Bebida alternativa _____

Intolerancia a la Lactosa--**leche solamente** (puede consumir productos lácteos): Bebida alternativa _____

Úlceras

Alteración de Textura: Cortada Pequeña Molida Hacer en Puré

Otro (tipo con instrucciones) _____

Agregar informacion adicional tocante la dieta incluyendo comidas que se deben omitir y recomendaciones alternativas:

Cancelación de Dieta

CANCELE la dieta especial y empiece con una dieta regular en la cafeteria. Firma de Doctor/Fecha: _____

Fecha que se Termina la Dieta Especial: _____

*Tiene que presentar una receta nueva al principio de cada año escolar, al menos que la dieta tenga fecha de caducidad..

Nombre de Doctor (ESCRITO)

Firma de Doctor (NO IMPRIMIDA)

Fecha

Telefono #

Firma de Padre ó Guardián

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Emergencia