WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FOOD S306 N. Bridge St.
Weslaco, TX 78596
(956) 969-6593 Fax (956) 969-6596

SPECIAL DIET PRESCRIPTION FORM

Name of Student: _____ D.O.B.: _____ Grade: _____

School: _____ Teacher: _____ Classroom: _____

NOTE TO PARENTS/GUARDIANS: A 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 by prescribing physician (U.S. Physician only).
2. Keep the diet prescription current by submitting a new form at the beginning of each school year.
3. To change a diet order, we must have written consent from the parent or legal guardian and consent from your physician.

FOR PHYSICIAN, NURSE, OR MEDICAL OFFICE STAFF:

Student Medical Diagnosis/Condition:	Under section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the American with Disabilities Act (ADA) of 1990, and the ADA Amendments Act of 2008, a "person with a disability" is any person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities, has a record of such an impairment or is regarded as having such an impairment. **Check major life activities affected:** ☐ Walking ☐ Seeing ☐ Hearing ☐ Speaking ☐ Breathing ☐ Working ☐ Learning ☐ Performing manual tasks ☐ Caring for self (including eating) ☐ Other: _____
Therapeutic Diet Prescription:	**Mechanically Altered. Check consistency requirements for food:** ☐ Soft ☐ Chopped ☐ Ground ☐ Pureed

Food Intolerance: _____

Food Allergen: _____

Anaphylactic Reaction: ☐ **YES** ☐ **NO**

If student has life threatening allergies, check appropriate box(es) identify nature of the reaction:

☐ Ingestion ☐ Contact ☐ Airborne/Inhalation

Milk Allergy/Intolerance (Please indicate level of milk restriction):

☐ Milk to drink ☐ All Dairy Products including fluid milk, cheese, yogurt, margarine, dressings and baked goods

☐ Student allowed Soy Milk ☐ Student allowed Lactose Free Milk

Other information/instructions regarding the Diet or Feeding: _____

Is parent allowed to discontinue diet order without written physician consent? ☐ **YES** ☐ **NO**

Duration of time for diet: _____ **Weeks** _____ **Months** _____ **Until July 2017** **(New prescription required the start of each school year)**

_____ _____ _____

Printed Name of Physician **Signature of Physician** **Date**

Physician's address: _____ **Phone #** _____ **Fax #** _____

RELEASE OF INFORMATION:

By signing below, I _____, parent of _____ authorize the Food Service Department personnel to serve my
Print Name **Print Name**
child the diet recommended by the doctor. I also authorize the release of information concerning this special diet request between the physician and the school nurse and/or Food Service personnel.

_____ _____ _____ _____

Parent/Guardian Signature Date Home Phone# Emergency Phone #

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. To file a complaint of discrimination write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Please fax information to:

Attention: Ms. Becky Gracia Fax # (956) 969-6596 Telephone # (956) 969-6593

YEARLY RENEWAL REQUIRED

FOR OFFICE USE ONLY: Nurse's Signature: _____ Date Received: _____ Dietitian's Signature: _____ Date Received: _____

WESLACO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FOOD S306 N. Bridge St.
Weslaco, TX 78596
(956) 969-6593 Fax (956) 969-6596

RECETA MEDICA DE DIETA ESPECIAL

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Salon de Clase: _____

NOTA A PADRES/TUTORES: El distrito escolar requiere lo siguiente para poder hacer cambios a la dieta especial del Desayuno o Comida de su hijo/a:

1. Presente esta receta firmada por usted y por el medico. (EEUU solamente)
2. Presente una nueva receta al inicio de cada año escolar.
3. Para cambiar o cancelar la receta medica, necesitamos la autorización por escrito de usted y su medico.

PARA LA ENFERMERA O EL PERSONAL MEDICO DE OFICINA:

Diagnóstico o condición (afección) medico del estudiante:	Bajo la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973, el americano Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990 y la ley de enmiendas ADA de 2008, "una persona con una discapacidad" es cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que sustancialmente limita una o más actividades importantes de la vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento. **Marque las principales actividades vitales afectadas:** ☐ Caminar ☐ Ver ☐ Oír ☐ Hablar ☐ Respirar ☐ Trabajar ☐ Aprender ☐Hacer tareas manuales ☐ Cuidarse solo (incluso comer solo) ☐ Otra: _____
Receta de Dieta Terapéutica:	**Indique los requisites de consistencia de la comida:** ☐Suave ☐Pedazos ☐Molido ☐ Puré

Alimento Intolerante: _____

Alergia de Alimento: _____

Reacción Anafiláctico: ☐ **SI** ☐ **NO**

Si el estudiante tiene alergias con peligro de muerte, indique la reacción alérgica (indique todo aplicable):

☐ Ingestión ☐ Contacto ☐ Inhalación

Alergia/Intolerancia a la leche (por favor indique el nivel de restricción de la leche:

☐ Leche para beber ☐ Todos los productos lácteos como leche fluida, queso, yogurt, margarina, aderezos y productos horneado

☐ Estudiante permitido leche de soja ☐ Estudiante permitido leche sin lactose

Otra información/instrucciones con respecto a la dieta o alimentación: _____

Esta autorizado el padre a descontinuar la dieta sin la autorización del medico? ☐ **SI** ☐ **NO**

Duración de la dieta: _____ **Semanas** _____ **Meses** _____ **hasta Julio 2017** **(Nueva receta cada año escolar)**

Nombre del Medico	**Firma del Medico**	**Fecha**
_____	_____	_____

PADRES O TUTORES

Yo _____, padre de _____ autorizo al Departamento De Servicios de Alimentación servir
Nombre del Padre Nombre del estudiante
la dieta recomendada por el medico. Autorizo el uso de la información de la dieta entre el medico, la enfermera escolar y el personal del departamento de Servicios Alimenticios.

Firma del Padre	Fecha	Teléfono	Teléfono de emergencia
_____	_____	_____	_____

De acuerdo con las leyes federales y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se le prohíbe a esta institución discriminar según la raza, color de la piel, origen nacional, género sexual, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escribe a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratuitamente al (866)632-9992 (voz). Las personas con impedimentos auditivos o discapacidades de habla pueden ponerse en contacto con el USDA por el Servicio Federal de Repetición (Federal Reserve Service) llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 9español). La institución USDA es un empleador y proveedor de igualdad de oportunidades.

Favor de mandar por fax a:

Atentamente: _____ Fax: _____ Teléfono _____

REQUISITO RENOVACION ANUAL

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Nurse's Signature: _____ **Date Received:** _____ **Dietitian's Signature:** _____ **Date Received:** _____