



Westerville City Schools

936 Eastwind Drive, Westerville, OH 43081
Main Office (614)797-5700, Fax (614)797-5701

Estimado padre, madre o tutor:

Según la información médica que obra en nuestro poder, su hijo/a tiene un historial de padecer alergias graves. Si su hijo/a necesita recibir medicación para tratar sus alergias mientras se encuentre en la escuela, facilite lo siguiente:

1. Plan de acción en caso de alergia (puede sustituirse por el formulario del prestador de servicios médicos, si este incluye toda la información): Deben prepararlo y firmarlo el prestador de servicios médicos Y el padre, la madre o el tutor.

2. Autorización para la posesión y uso de un autoinyector de epinefrina por un estudiante: El prestador de servicios médicos y el padre o la madre deben llenarlo y firmarlo si se desea que el estudiante lleve consigo el autoinyector de epinefrina durante el horario escolar. Importante: Si optan por que su hijo/a lo lleve consigo, deben facilitar un autoinyector de epinefrina adicional para que se conserve en la clínica.

3. Solicitud para administrar durante el horario escolar medicación recetada a un estudiante: Todos los medicamentos de venta sin receta que se conserven en la clínica deberán contar una orden firmada por el prestador de servicios médicos. Si, además de la epinefrina, su hijo/a necesita recibir algún otro medicamento, como un antihistamínico (p. ej., Benadryl o Zyrtec), pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor.

4. Formulario de adaptación de la dieta del comedor: Si su hijo/a va a necesitar una dieta especial, como la sustitución de algún alimento del comedor, pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor. Si desea obtener una copia de la Guía de recursos de las Escuelas de la Ciudad de Westerville para ayudar a los niños con alergias potencialmente mortales, hágaselo saber a la enfermera de la escuela. También está disponible en la página web del distrito escolar, en la sección *Health Services* (Servicios de salud).

Comuníquese con la clínica de salud escolar si tiene alguna pregunta o duda.
Atentamente,

Enfermeras escolares del Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville

Plan de acción de las Escuelas de la Ciudad de Westerville en caso de alergia

Peso: _____ lbs. Asma: Sí (riesgo mayor de sufrir una reacción intensa) No

EN CASO DE QUE SE PRESENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

PULMONES: falta de aire, sibilancia, tos reiterada

CORAZÓN: piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos

INTESTINOS: vómitos reiterados, diarrea intensa

GARGANTA: opresión o ronquera en la garganta, dificultad para respirar o tragar

OTROS: sensación de que va a ocurrir algo malo, ansiedad, desorientación

BOCA: COMBINACIÓN de síntomas de distintas partes del cuerpo.

2. Llame al 911. Explique al operador de emergencias que la persona está sufriendo anafilaxia y que podría necesitar epinefrina cuando llegue el personal de emergencias.

- Considere la posibilidad de administrar otros medicamentos después de la epinefrina:

- » Inhalador (broncodilatador) en caso de sibilancia

- Acueste a la persona, levántele las piernas y manténgala caliente. Si le cuesta respirar o vomita, ayúdela a sentarse o ponerse de costado.

- Si los síntomas no mejoran o reaparecen, pueden administrarse más dosis de epinefrina una vez transcurridos al menos cinco minutos desde la última dosis.

- Avise a los contactos de emergencia.

- Lleve al paciente a la sala de urgencias, incluso si los síntomas desaparecen. El paciente debe permanecer en urgencias un mínimo de cuatro horas, ya que los síntomas pueden reaparecer.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

O PADRE/MADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO/

PRESTADOR DE SERVICIOS _____ FECHA _____

Departamento de Salud de Ohio

Autorización para la posesión y uso de un autoinyector de epinefrina por un estudiante

De conformidad con ORC 3313.718/3313.141

Esta sección debe contestarla y firmarla el padre, la madre o el tutor del estudiante.

Como padre/madre/tutor de este estudiante, autorizo a mi hijo/a a portar y utilizar un autoinyector de epinefrina, de la forma prescrita, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por la misma o en el que esta participe. Entiendo que un empleado de la escuela solicitará inmediatamente la asistencia de un prestador de servicios médicos de emergencia si se administra este medicamento. Entregaré una dosis de reserva del medicamento al director de la escuela o a la enfermera, según lo dispuesto por la ley.

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono del padre, la madre o el tutor para casos de emergencia ()

Nombre y dosis del medicamento	
Fecha de inicio de la administración del medicamento	Fecha final de la administración del medicamento (si se conoce)

Posibles reacciones adversas graves:

Para el estudiante a quien se le ha recetado (que se deban informar al facultativo que lo recetó)
Para un estudiante a quien no se le ha recetado y que reciba una dosis

Instrucciones especiales

Firma del facultativo que receta el medicamento	Fecha
Nombre del facultativo que receta el medicamento	Número de teléfono del facultativo que receta el medicamento para casos de emergencia ()

Elaborado en colaboración con la Asociación de Enfermeras Escolares de Ohio.

HEA 4222 3/07

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR MEDICACIÓN RECETADA A UN ESTUDIANTE
 Conforme a la Sección 3313.713 del Código Revisado de Ohio

Dirección del estudiante: _____

SECCIÓN PARA LOS PADRES

1. Este formulario deben llenarlo tanto los padres (sección superior) como el facultativo que receta el medicamento (sección inferior)
2. El medicamento debe conservarse en el **frasco con la etiqueta de la receta del estudiante** (las farmacias pueden proporcionar un frasco adicional para la medicación que deba administrarse a largo plazo). Los datos de la etiqueta deben coincidir con los indicados en las instrucciones del facultativo que emitió la receta. Si es un medicamento sin receta, debe conservarse en el envase original.
3. El padre, la madre o el tutor, u otro adulto responsable a petición de estos, debe entregar directamente al personal de la clínica un surtido del medicamento para no más de 2 a 4 semanas. Esto debe organizarse con antelación.
4. En caso de modificación, deberá presentarse un justificante actualizado firmado por el facultativo que recete el medicamento. Cada ciclo escolar se necesitará un nuevo formulario.

Cuando sea posible, administre la medicación fuera del horario escolar. *CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se ponga en contacto directamente con el facultativo que receta el medicamento en caso de que se presente alguna de las reacciones adversas que constituyen una emergencia de las indicadas a continuación. Este consentimiento no reemplaza ni deroga el "Formulario médico de emergencia".

Firma del padre o la madre: _____ Fecha: _____
 La firma de los padres autoriza al personal escolar a administrar la medicación recetada que se enumera a continuación.

Número de teléfono del padre o la madre: _____
 Diurno _____ Vespertino _____

SECCIÓN PARA EL MÉDICO

Confirmando que este medicamento debe tomarlo: _____
 Nombre del estudiante

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN ADMINISTRARSE A DIARIO (cuando sea posible, por favor, intente programar la administración del medicamento fuera del horario escolar)

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA DE ADMINISTRACIÓN

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TOMARSE SEGÚN SEA NECESARIO

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO ENTRE DOSIS

¿Cuál es el diagnóstico por el que se prescribe este medicamento?	
¿Hay alguna reacción adversa grave que deba notificarse al facultativo que receta el medicamento*?	
¿Hay instrucciones especiales para su administración, incluidas las condiciones de esterilidad y conservación?	
Fecha en la que debe comenzar a administrarse en la escuela:	Fecha de suspensión:

X
 Firma del facultativo que receta el medicamento _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del facultativo que receta el medicamento: _____ Teléfono: _____

Dirección del facultativo que receta el medicamento: _____

Si se envía por fax a la escuela, es responsabilidad de los padres cerciorarse de que se reciba **NÚMERO DE FAX:** _____



Aviso sobre las adaptaciones dietéticas especiales por razones médicas

Las directrices establecidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) exigen que las autoridades alimentarias de las escuelas que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares pongan a disposición de los estudiantes con discapacidades adaptaciones razonables, caso por caso, cuando la necesidad esté avalada por un justificante médico por escrito.

La Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 2008 (Ley Pública 110-325, 42 U.S.C. 12101) actualizó la definición de discapacidad para incluir a "cualquier persona con un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más de las actividades fundamentales de la vida de dicha persona", e incluyó las funciones fisiológicas principales como una actividad fundamental de la vida.

Según el USDA, las autoridades alimentarias de las escuelas no están obligadas a atender las solicitudes de dietas especiales basadas en preferencias alimentarias que no se consideren patologías médicas o discapacidades, incluidas las preferencias personales de estilo de vida (como el veganismo, el vegetarianismo, la agricultura ecológica) o las creencias religiosas.

Este formulario debe llenarlo un médico, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia estatal. Solo será necesario actualizar este formulario cuando cambien las necesidades del participante.

Datos del participante

Nombre del participante: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre de la escuela a la que asiste/grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Información obligatoria: adaptaciones dietéticas

1. Encierre en un círculo todos los alérgenos o alimentos que deben evitarse:

leche cacahuates nueces huevos pescado marisco trigo soya gluten sésamo/ajonjolí otro _____

2. Explique brevemente cómo afecta al participante la exposición a este alimento:

Respiración _____

Afectación de las principales funciones fisiológicas (sistema inmunitario, intestinal, digestivo, etc.) _____

Otro; especifique: _____

3. ¿Puede el estudiante consumir alimentos en los que el alérgeno sea un ingrediente del producto alimenticio? ____sí____no
(ejemplo: no puede consumir huevos revueltos, pero los huevos sí se permiten como ingrediente en los panqueques)

Comentarios:

4. **OBLIGATORIO:** Alimentos de sustitución (IMPORTANTE: WCS no puede acatar este documento a menos que se indiquen SUSTITUCIONES ESPECÍFICAS a continuación o que el médico remita al estudiante a un dietista titulado que especifique los elementos del menú).

Confirmando que el estudiante anteriormente mencionado precisa las modificaciones y sustituciones dietéticas indicadas debido a discapacidades o afecciones médicas.

Firma del prestador de servicios médicos

Fecha

Teléfono

Autorizo al Servicio de Comidas de las WCS a hacer esta modificación dietética médicamente necesaria.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Con arreglo a la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o por haber sido objeto de represalias o venganza por una actividad previa de defensa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten usar medios de **comunicación** alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, texto con fuente grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) ante el que solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con dificultades auditivas o que tengan discapacidades del habla deben comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) **877-8339**. Asimismo, es posible que la información del programa esté disponible en otros idiomas, además de en inglés. Para presentar una denuncia de discriminación ante el programa, llene el Formulario de denuncia de discriminación del programa del USDA, (AD-3027) el cual está disponible en línea, en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en todas las oficinas del USDA; o escriba una carta al USDA en la que facilite toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o una carta a la USDA. Puede hacerlo por correo postal a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence

Westerville City Schools Allergy Action Plan

**PLACE
PICTURE
HERE**

Name: _____ D.O.B.: _____

Allergy to: _____

Weight: _____ lbs. Asthma: Yes (higher risk for a severe reaction) No

NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

Extremely reactive to the following allergens: _____








THEREFORE:

If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for ANY symptoms.

If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:





SEVERE SYMPTOMS

 LUNG Shortness of breath, wheezing, repetitive cough	 HEART Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness	 THROAT Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing	 MOUTH Significant swelling of the tongue or lips
 SKIN Many hives over body, widespread redness	 GUT Repetitive vomiting, severe diarrhea	 OTHER Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion	OR A COMBINATION of symptoms from different body areas.

↓ ↓ ↓

1. **INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
2. **Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
 - Consider giving additional medications following epinephrine:
 - » Antihistamine
 - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
 - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
 - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
 - Alert emergency contacts.
 - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

MILD SYMPTOMS

 NOSE Itchy or runny nose, sneezing	 MOUTH Itchy mouth	 SKIN A few hives, mild itch	 GUT Mild nausea or discomfort
--	--	--	--

FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.

FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: _____

Epinephrine Dose: 0.15 mg IM 0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: _____

Antihistamine Dose: _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): _____



Westerville City Schools

936 Eastwind Dr., Westerville, OH 43081
Main Office (614) 797-5700 Fax (614) 797-5701

Vision

Our vision is to be the benchmark of educational excellence.

Mission

Our mission is to prepare students to contribute to the competitive and changing world in which we live.

Values

Respect
Inclusiveness
Community
Communication
Collaboration
Innovation
Nurturing
Trust
Accountability

Dear Parent/Guardian,

According to our health records, your student has a history of **Severe Allergies**. If your child requires medication to be available to them while at school for allergy treatment, please complete the following:

1. **Allergy Action Plan** (may be substituted with medical provider's form if all information included) - Must be completed and signed by medical provider AND parent/guardian.
2. **Authorization for Student Possession and Use of an Epinephrine Auto-injector** - Medical provider and parent must complete and sign if you would like your student to carry their epinephrine auto-injector with them during school hours. Please note: If you choose the self-carry option for your child, you must provide an additional Epinephrine Auto-Injector to be kept in the clinic.
3. **Request to Administer Prescribed Medication to a Student During School Hours** - All over the counter medication kept in the clinic must have a provider's signed order on file. If your student requires medication in addition to Epinephrine, such as an antihistamine (i.e. Benadryl, Zyrtec), please request your medical provider complete and sign this form. A parent/guardian must also sign this form.
4. **Cafeteria Diet Modification Form** - If your child will need a special diet such as food substitutes from the cafeteria, please ask your medical provider to complete and sign this form. A parent/guardian must also sign this form.

If you would like a copy of the *Westerville City Schools Resource Guide for Supporting Children with Life-Threatening Allergies*, please let your school nurse know. It can also be found on the school district's website under Health Services.

Please contact the school health clinic with any questions or concerns.

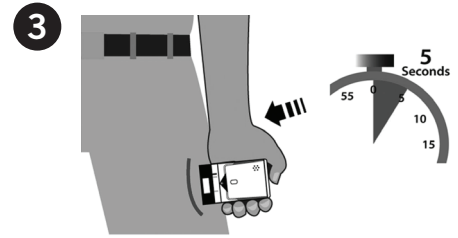
Sincerely,

Westerville City School District School Nurses

Revised August 2022

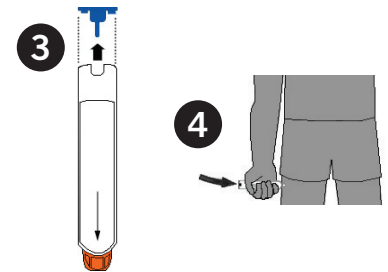
HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

1. Remove Auvi-Q from the outer case.
2. Pull off red safety guard.
3. Place black end of Auvi-Q against the middle of the outer thigh.
4. Press firmly, and hold in place for 5 seconds.
5. Call 911 and get emergency medical help right away.



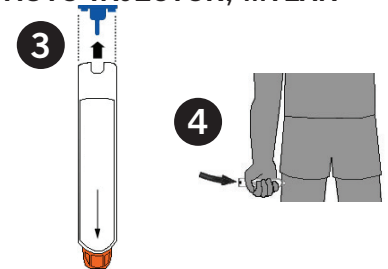
HOW TO USE EPIPEN® AND EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR, MYLAN

1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
5. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
6. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.



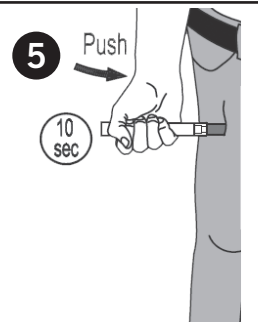
HOW TO USE EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN

1. Remove the epinephrine auto-injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward.
3. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'.
5. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
6. Remove and massage the injection area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.



HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENALCLICK®), USP AUTO-INJECTOR, IMPAX LABORATORIES

1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip.
3. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
4. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh.
5. Press down hard and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
6. Remove and massage the area for 10 seconds.
7. Call 911 and get emergency medical help right away.



ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: _____

DOCTOR: _____ PHONE: _____

PARENT/GUARDIAN: _____ PHONE: _____

OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

NAME/RELATIONSHIP: _____

PHONE: _____

Ohio Department of Health

Authorization for Student Possession and Use of an Epinephrine Autoinjector

In accordance with ORC 3313.718/3313.141

A completed form must be provided to the school principal and/or nurse before the student may possess and use an epinephrine autoinjector to treat anaphylaxis in school.

Student name
Student address

This section must be completed and signed by the student's parent or guardian.

As the Parent/Guardian of this student, I authorize my child to possess and use an epinephrine autoinjector, as prescribed, at the school and any activity, event, or program sponsored by or in which the student's school is a participant. I understand that a school employee will immediately request assistance from an emergency medical service provider if this medication is administered. I will provide a backup dose of the medication to the school principal or nurse as required by law.

Parent /Guardian signature	Date
Parent/Guardian name	Parent/Guardian emergency telephone number ()

This section must be completed and signed by the medication prescriber.

Name and dosage of medication	
Date medication administration begins	Date medication administration ends (if known)
Circumstances for use of the epinephrine autoinjector	
Procedures for school employees if the student is unable to administer the medication or if it does not produce the expected relief _____	

Possible severe adverse reactions:

To the student for which it is prescribed (that should be reported to the prescriber)
To a student for which it is not prescribed who receives a dose
Special instructions _____

As the prescriber, I have determined that this student is capable of possessing and using this autoinjector appropriately and have provided the student with training in the proper use of the autoinjector.

Prescriber signature	Date
Prescriber name	Prescriber emergency telephone number ()

WESTERVILLE CITY SCHOOLS

REQUEST TO ADMINISTER PRESCRIBED MEDICATION TO A STUDENT DURING SCHOOL HOURS

As Required By Section 3313.713 Ohio Revised Code

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Student Address: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

PARENT SECTION

1. This form must be completed by both the parent (top section) and the prescriber (bottom section)
2. Medication must be kept in the **student's prescription labeled bottle**. (Pharmacy may provide an extra bottle for long-term medication.) Prescription label must match instructions from prescriber. If it is a non-prescription drug, it must be in the original container.
3. Deliver no more than 2 -4 weeks supply of medication to school clinic staff directly by the parent/guardian or other responsible adult at parental request. This should be arranged in advance.
4. A revised statement signed by the prescriber must be provided for any changes. A new form is required every school year.

When possible, give medication outside of school hours. *CONSENT : I, give consent for School Staff to make direct contact with the prescriber should an emergency adverse reaction indicated below occur. This consent does not supersede nor abrogate the "Emergency Medical Form".

Signature of parent: _____ Date: _____
 Parental signature authorizes school personnel to administer the below prescribed medication.

Parent phone number: _____
 _____ Day time _____ Evening

PHYSICIAN SECTION

I verify that this medication must be taken by: _____
 Name of Student

FOR DAILY MEDICATIONS (When possible, please attempt to schedule medication outside of school hours)

DRUG	DOSE	ROUTE	TIME TO BE GIVEN

FOR AS NEEDED MEDICATION

DRUG	DOSE	ROUTE	TIME INTERVAL BETWEEN DOSES

Diagnosis for which medication is prescribed?	
Any severe adverse reactions that should be reported to the prescriber *?	
Special instructions for administration, including sterile conditions and storage?	
Start date to administer at school:	Expiration date:

X
 Prescriber's Signature _____ Date _____

Prescriber's Printed Name: _____ Phone: _____

Prescriber's Address: _____

If faxed to school, it is the parent's responsibility to ensure it is received **FAX NUMBER:** _____



Westerville City School District

Medical Statement for Special Diet Accommodations

The United States Department of Agriculture guidelines require school food authorities participating in the National School Lunch Program to make reasonable accommodations available to students with disabilities, on a case-by-case basis, when the need is supported by a written medical statement.

The Americans with Disabilities (ADA) Amendments Act of 2008 (Public Law 110-325, 42 U.S.C. 12101) updated the definition of a disability to include "anyone with a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities of that individual", including major bodily functions as a major life activity.

According to the USDA, school food authorities are not required to accommodate special diet requests based on dietary preferences that are not considered medical conditions or disabilities, including personal lifestyle choices (such as vegan, vegetarianism, organic) or religious choices.

This form must be completed by a state licensed physician, physician assistant or nurse practitioner. Updates to this form are required only when a participant's needs change.

Participant Information

Participant's Name: _____ Today's Date: _____
Name of School Attended/Grade: _____ Date of Birth: _____
Parent/Guardian Name: _____
Home Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Required Information: Dietary Accommodation

1. Allergen or food to be avoided-circle all that apply:
Milk peanuts tree nuts eggs fish shellfish wheat soy gluten sesame other _____

2. Brief explanation of how exposure to this food affects the participant:
Breathing _____
Operation of major bodily functions (immune system, bowel, digestive, etc.) _____
Other, specify: _____

3. Can the student consume foods where the allergen is an ingredient in the food product? ____yes ____no
(Example: scrambled eggs are omitted but egg as an ingredient in pancakes is allowed)

Notes:

4. **MANDATORY:** Food to substitute (NOTE: WCS cannot honor this document unless SPECIFIC SUBSTITUTIONS are listed below or physician refers student to registered dietitian who specifies menu items.)

I confirm the student listed above requires stated diet modifications and substitutions due to disabilities or medical conditions.

Medical Provider Signature Date Phone

I authorize WCS Food Service to make this medically required dietary modification.

Parent/Guardian Signature Date