

Mesquite ISD Diet Modification Form

This form must be filled out completely BEFORE any dietary modifications or substitutions can be made. Schools are not required to make modifications to meals based on food preferences.

| | | |
|---|---|--|
| Student's ID Number: | Student's Name (Last, First): | Date of Birth: |
| <input type="checkbox"/> New request <input type="checkbox"/> Change existing request <input type="checkbox"/> Discontinue request | Which meals provided by the school cafeteria will the student eat? <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> None | Does this student have an identified disability? (IEP or 504 Plan) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> N/A |

Students with a Medical Disability/Life Threatening

Section A.
To be completed by Physician/Medical Authority

Does the student have a disability which restricts the student's diet?
 Yes
 No

If yes, describe or state the student's disability or diagnosis. Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability:

I. Food Allergy
 Student has allergies that ARE life threatening/anaphylactic:
 Yes, continue with this section
 No, refer to section B

No Wheat No Peanut No Tree Nut
 No Sesame No Fish No Shellfish
 No Soy (*soy lecithin & soy oil allowed*) No Milk

Egg Allergy
 No Whole Eggs (such as scrambled or boiled eggs)
 No menu items with egg listed as an ingredient
 Other, please list

Safe Food Substitutions:

Students with NO Medical Disability/Non-Life Threatening

Section B.
To be Completed by Physician/Medical Authority

Food Allergy
 Student has allergies that are **NOT** life threatening/anaphylactic:
 No Wheat No Peanut No Tree Nut
 No Sesame No Fish No Shellfish
 No Soy (*soy lecithin & soy oil allowed*) No Milk

Egg Allergy
 No Whole Eggs (such as scrambled or boiled eggs)
 No menu items with egg listed as an ingredient
 Other (*Please specify if allergen is as a cooked ingredient or when consumed whole/fresh*):

Safe Food Substitutions:

Section C.
To be completed by a parent or guardian. No medical authority signature required.

Lactose Intolerance
 No Cheese & Yogurt No Fluid Milk

Substitute with Soy Milk?
 Yes No

Religious/Cultural Beliefs:
 It is against district policy to flag accounts or restrict student options without medical reason. If students are to avoid food items for religious or cultural reasons families are encouraged to review menu items on www.schoolcafe.com

I understand as a parent/guardian, that it is my responsibility to renew this form any time there is a change or discontinuation of dietary needs and give to the school nurse. I give Mesquite ISD FNS permission to speak with the medical authority to discuss dietary needs as ordered.

★ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ Contact number of parent/guardian: _____

To be completed only by students treating physician, physician assistant or nurse practitioner.
I certify that the above-named student needs to be offered food substitutions as described above. FNS will attempt to accommodate substitutions but reserves the right to modify the menu based on product availability.

Printed Name of Medical Authority: _____ MD DO PA-C NP
 Email: _____ Phone #: _____ Signature of Medical Authority: _____

Printed Name of RN: _____ School: _____ Phone #: _____ Date: _____
 Printed Name of School Café Manager: _____ Phone #: _____ Date: _____

Formulario de modificación de dieta de Mesquite ISD

Este formulario debe ser completado en su totalidad ANTES de que se realice cualquier modificación o sustitución dietética. Las escuelas no están obligadas a modificar los alimentos en base de las preferencias alimentarias.

| | | |
|--|--|--|
| # de identificación estudiantil: | Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre): | Fecha de nacimiento: |
| <input type="checkbox"/> Nueva petición <input type="checkbox"/> Cambiar petición existente <input type="checkbox"/> Descontinuar petición | ¿Qué comidas proporcionadas por la cafetería escolar comerá el estudiante? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Ninguno | ¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada? (IEP o 504 Plan) <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> N/A |

| Estudiantes con discapacidad médica/que pone en peligro su vida | Estudiantes SIN discapacidad médica/no pone el peligro su vida |
|--|---|
| <p align="center">Sección A.</p> <p align="center">Para ser completado por el Médico/Autoridad Médica</p> <p>¿Tiene el estudiante una discapacidad que restringe su dieta?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p><i>Si responde que sí, describa o indique la discapacidad o el diagnóstico del estudiante. Explique por qué restringe su dieta y enumere las principales actividades cotidianas afectadas por la discapacidad:</i></p> <hr/> <hr/> <p>Alergia Alimentaria El estudiante tiene alergias que SON mortales/anafilácticas:</p> <input type="checkbox"/> Sí, continúe con esta sección <input type="checkbox"/> No, ver la sección B <p> <input type="checkbox"/> No Trigo <input type="checkbox"/> No Cacahuete/Maní <input type="checkbox"/> No Nueces de árbol <input type="checkbox"/> No Sésamo <input type="checkbox"/> No Pescado <input type="checkbox"/> No Crustáceos <input type="checkbox"/> No Soja (<i>se permite lecitina y aceite de soja</i>) <input type="checkbox"/> No Leche </p> <p>Alergia al huevo</p> <input type="checkbox"/> No Huevos enteros (revueltos o hervidos) <input type="checkbox"/> Ninguna opción del menú con huevo como ingrediente <input type="checkbox"/> Otro, por favor enumere <hr/> <hr/> <p>Sustitutos Alimentarios Seguros:</p> <hr/> <hr/> | <p align="center">Sección B.</p> <p align="center">Para ser completado por el Médico/Autoridad Médica</p> <p>Alergia Alimentaria El estudiante tiene alergias que NO son mortales/anafilácticas:</p> <input type="checkbox"/> No Trigo <input type="checkbox"/> No Cacahuete/Maní <input type="checkbox"/> No Nueces de árbol <input type="checkbox"/> No Sésamo <input type="checkbox"/> No Pescado <input type="checkbox"/> No Crustáceos <input type="checkbox"/> No Soja (<i>se permite lecitina y aceite de soja</i>) <input type="checkbox"/> No Leche <p>Alergia al huevo</p> <input type="checkbox"/> No Huevos enteros (revueltos o hervidos) <input type="checkbox"/> Ninguna opción del menú con huevo como ingrediente <input type="checkbox"/> Otro (<i>Por favor especifique si el alérgeno es un ingrediente cocido o cuando es consumido entero/fresco</i>): <hr/> <p>Sustitutos Alimentarios Seguros:</p> <hr/> <hr/> <p align="center">Sección C.</p> <p>Completar por padre o tutor. No se requiere firma de médico.</p> <p>Intolerancia a la lactosa</p> <input type="checkbox"/> No Queso & Yogur <input type="checkbox"/> No Leche líquida <p>¿Sustituir con leche de soja?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>Creencias Religiosas/Culturales: Va contra las normas del distrito marcar cuentas o restringir las opciones de los estudiantes sin razón médica. Si el estudiante debe evitar ciertas comidas por razones religiosas o culturales, se anima a las familias a repasar las opciones de menú en www.schoolcafe.com</p> |

Entiendo como padre/tutor que es mi responsabilidad actualizar este formulario cada que haya un cambio o discontinuación de las necesidades dietéticas y dárselo a la enfermera escolar. Doy permiso a Mesquite ISD FNS de hablar con la autoridad médica para conversar sobre las necesidades dietéticas según lo ordenado.

★ Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Número de contacto de Padre/Tutor: _____

Para ser completado sólo por el médico tratante, asistente médico o enfermera practicante del estudiante.

Certifico que el estudiante anteriormente nombrado necesita que se le ofrezcan sustituciones alimentarias según lo descrito. FNS intentará hacer sustituciones, pero se reserva el derecho de modificar el menú en función de la disponibilidad de productos.

Nombre impreso de la Autoridad Médica: _____ MD DO PA-C NP
 Email: _____ # de teléfono: _____ Firma de Autoridad Médica: _____

Nombre Impreso de RN: _____ Escuela: _____ # de teléfono: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso de Gerente de School Café: _____ # de teléfono: _____ Fecha: _____