



PLEASE RETURN FORM TO THE SCHOOL NURSE

Student Diet Modification Form (for cafeteria meals ONLY)

Student Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____ Date of Birth: ____/____/____

Student ID#: _____ School: _____

Parent/Guardian Contact Information

Name (print): _____ Phone Number: _____ Email: _____

I give Child Nutrition & Health Services permission to speak with the below named Physician or Authorized Medical Authority to discuss the dietary needs described below. I understand that if my child's medical or health needs change, it is my responsibility to provide documentation from my child's physician to Galveston ISD.

Parent/Guardian Signature

Date: _____

Student has a **life-threatening/anaphylactic food allergy?** **Yes (complete section A)** **No (complete section B)**

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

The following must be completed by a licensed physician, prescribing medical authority, or registered dietitians:

Section A: Food Allergy (check all foods to be omitted from diet):

Peanuts Tree Nuts Fish Shellfish Wheat

Sesame

Fluid Milk Only

Dairy Allergy (specify): Menu items with any dairy listed as an ingredient

Cheese & Recipes with cheese listed as the ingredient

Egg Allergy (specify): Whole Plain Eggs (ex. Scrambled eggs)

Menu items with any egg listed as an ingredient

Soy Allergy (specify):

No Soy as a main ingredient (ex. Edamame, soy sauce, soy milk)

No Soy as a minor ingredient (ex. Soy filler in meats, soybean oil)

Corn Allergy (specify):

No Corn as a main ingredient (ex. corn kernels, corn on the cob)

No Corn as a minor ingredient (ex. corn oil, corn syrup)

Other (please be specific) _____

Safe Food Substitutes: _____

Section B: Disability

Disability: _____

Major life activity affected by the disability
(Check all that apply):

- Major Bodily Function Breathing
- Seeing Speaking Learning
- Eating Hearing Walking
- Caring for One's Self
- Performing Manual Tasks
- Other: _____

Explanation of why this disability restricts diet: _____

****If student must omit MILK or EGGS AS AN INGREDIENT, SOY AS A MINOR INGREDIENT, WHEAT, or HAS MULTIPLE FOOD ALLERGIES, we must provide them with an Allergen Free Meal with very limited options****

Name of Licensed Physician (print): _____ Physician's Signature: _____

Clinic Name & Address: _____ Date: _____ Phone: _____

Please allow up to 2 Days for processing. Questions? Contact Child Nutrition Services at 409-766-5162

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: 1. Mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or 2. Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or 3. Email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.



FAVOR REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Formulario de Modificación de Dieta del Estudiante (para comidas de cafetería SOLAMENTE)

Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial segundo nombre _____

Numero de Identification del Estudiante _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Información de Contacto del Padre/Tutor

Nombre (en letra de imprento) : _____ Correo electrónico: _____ Fecha: ___/___/___

Número de Teléfono: _____

Doy permiso al Departamento de Nutrición Infantil y Servicios de Salud para hablar con el Médico o Autoridad Médica Autorizada mencionada a continuación con el fin de discutir las necesidades dietéticas descritas a continuación. Entiendo que si cambian las necesidades médicas o de salud de mi hijo(a), es mi responsabilidad proporcionar documentación actualizada del médico de mi hijo(a) al distrito escolar Galveston ISD.

Firma del Padre/Tutor: _____

¿El estudiante tiene una alergia alimentaria grave que pueda causar Anafilaxia? **Sí (complete la Sección A)**
 No (complete la Sección B)

Si el estudiante NO tiene una limitación y/o alergia alimentaria, este formulario no necesita completarse y será descartado.

Este formulario debe ser completado por un médico con licencia, autoridad médica para formular , o dietista registrado:

Sección A: Alergia Alimentaria(Marque todos los alimentos que se deben eliminar de la dieta): **Sección B: Discapacidad**

<p><input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Trigo</p> <p><input type="checkbox"/> Ajonjolí <input type="checkbox"/> Solo leche líquida</p> <p>Alergia a la leche <input type="checkbox"/> Artículos del menú con productos lácteos como ingrediente (especifique) <input type="checkbox"/> Queso y recetas con queso como ingrediente</p> <p>Alergia al huevo (especifique) <input type="checkbox"/> Todas las partes, la clara y yema <input type="checkbox"/> Elementos del menú que contengan algún huevo como ingrediente</p> <p>Alergia a la soya (especifique):</p> <p><input type="checkbox"/> Soya como ingrediente principal (ej. tofu, leche de soya)</p> <p><input type="checkbox"/> Soya como ingrediente secundario (ej. soya en carnes, salsa de soya)</p> <p>Alergia al maíz (especifique):</p> <p><input type="checkbox"/> Maíz como ingrediente principal (ej. granos de maíz, elote)</p> <p><input type="checkbox"/> Maíz como ingrediente secundario (ej. jarabe de maíz, harina de maíz)</p> <p>Otro (por favor especifique): _____</p> <p>Sustituto de alimentos que sean seguros</p> <p>_____</p>	<p>Limitación :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Actividad principal de la vida afectada por esta Limitación (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Función mayor del cuerpo <input type="checkbox"/> Respiración</p> <p><input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Caminar</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidarse a uno mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar tareas manuales</p> <p><input type="checkbox"/> OTRA: _____</p>
--	---

Nombre del Médico con Licencia (en letra de molde): _____

****Si el estudiante debe omitir LECHE o HUEVOS COMO INGREDIENTES, SOYA COMO INGREDIENTE Secundario, TRIGO, O TIENE MÚLTIPLES ALERGIAS ALIMENTARIAS, debemos proporcionarles una comida especial con opciones muy limitadas.****

Nombre del médico colegiado (en letra de imprenta): _____ Firma del Médico: _____

Clínica, Nombre y Dirección: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Por favor permita hasta 2 días para procesamiento. ¿Preguntas? Contacte al Departamento de Nutrición Infantil al 409-766-5162.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o en represalia por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua 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 comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que se puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>,

en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA.

La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del reclamante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con detalles suficientes para informar al Subsecretario

Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse al USDA por:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;

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

3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.