

Medical Request for Meal Modification

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Grade Level: _____

School Name: _____ ☐ Needs accommodations from the cafeteria ☐ Packing meals daily

I certify that the above named student needs to be offered a meal modification due to a medical reason. I give permission to the School Nutrition Department to contact the named medical authority if clarification is needed on these orders. I understand the cafeteria must follow this medical order. In order for the child to be released from these restrictions, a Parental Release Form must be signed. Additionally, I understand that if my child's medical needs change, it is my responsibility to provide an updated form to the School Nutrition Department and the school nurse.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

Date

Phone Number

To be completed by Physician/Recognized Medical Authority

Food Allergy or Intolerance

Milk/Dairy

- ☐ No Fluid Dairy Milk ☐ No Cheese ☐ No Ice Cream
☐ No dairy products or derivatives even BAKED IN products

Egg Allergy

- ☐ No whole eggs
☐ No egg products or derivatives even BAKED IN products
☐ **Corn** (concentrated amounts)

Life Threatening Food Allergy: ☐ Yes ☐ No

- ☐ **Peanut** ☐ **Tree Nut**
☐ Omit foods "processed in nut a facility"
☐ **Fish** ☐ **Shellfish**
☐ **Soy** (concentrated amounts)
☐ **Sesame**
☐ **Wheat**
☐ **Other** (Please list): _____

Texture Modification

- Solids:** ☐ Soft & Bite sized ☐ Minced & Moist ☐ Puree ☐ Other _____
Liquids: ☐ Nectar Thick ☐ Honey Thick ☐ Pudding Thick ☐ Other _____

Therapeutic Diet Order

- ☐ Diabetic: _____ ☐ Low Protein/PKU: _____ ☐ Sodium Restriction: _____ ☐ Other: _____

Impairment & Accommodations

This diet order is: ☐ Permanent ☐ Temporary

Please specify the student's medical needs and how this restricts his/her diet. _____

Please indicate what must be done to accommodate the child's diet. **If foods are to be eliminated from the diet, recommend substitutions.**
 (Example: if the student is allergic to fluid cow's milk, please recommend alternatives: lactose-free milk, soy milk, or almond milk)

Medical Authority Signature Required. Turn into School. School nurse will scan form to Nutrition Department (megan.minner@knoxschools.org). Contact Megan Minner, KCS Dietitian at 865-594-3801 with questions.

Medical Provider's Printed Name

Medical Provider's Contact Number

Recognized Medical Authority's Signature

Date

USDA NON-DISCRIMINATION STATEMENT

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. Mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; or
3. Email: program.intake@usda.gov

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

Declaración Médica para Solicitar la Modificación de Comidas

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____

Escuela: _____ ☐ Necesita acomodaciones en la cafetería ☐ Va a traer su propia comida diariamente

Certifico que el estudiante mencionado aquí arriba necesita recibir una modificación de comida debido a una razón médica. Le doy permiso al Departamento de Nutrición escolar para comunicarse con el médico u otra autoridad médica reconocida si se necesita una aclaración sobre esta orden. Entiendo que la cafetería debe seguir esta orden médica. Para quitarle al estudiante estas restricciones, los padres deben firmar un Formulario de Autorización. Además, entiendo que si las necesidades médicas de mi hijo/a cambian, es mi responsabilidad proporcionar un formulario actualizado al Departamento de Nutrición Escolar y a la enfermera escolar.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/GUARDIÁN LEGAL

Fecha

Número de teléfono

Debe ser completado por un médico/autoridad médica reconocida

Alergia o intolerancia alimentaria

Leche/Lácteos

☐ No leche láctea líquida ☐ No queso ☐ No crema helada

☐ No productos lácteos ni sus derivados, ni siquiera en productos HORNEADOS

Alergia al huevo

☐ No huevos enteros

☐ No huevos ni sus derivados, ni siquiera en productos HORNEADOS

☐ **Maíz** (en cantidades concentradas)

Alergia alimentaria potencialmente mortal: ☐ Si ☐ No

☐ **Cacahuete/maní**

☐ **Nueces de árbol**

☐ Omitir alimentos "procesados donde también hay nueces"

☐ **Pescado**

☐ **Mariscos**

☐ **Soja** (en cantidades concentradas)

☐ **Sésamo**

☐ **Trigo**

☐ **Otro** (Por favor, indicar): _____

Modificación de la textura

Sólidos: ☐ Suave & del tamaño de un bocado ☐ Picado & húmedo

☐ Puré ☐ Otro _____

Líquidos: ☐ Espesor de un néctar

☐ Espesor de miel

☐ Espesor de pudín

☐ Otro

Orden de Dieta Terapéutica

☐ Diabético: _____

☐ Bajo en proteínas/PKU: _____

☐ Restricción de sodio: _____

☐ Otro: _____

Impedimento y Adaptaciones

Esta orden de dieta es: ☐ **Permanente**

☐ **Temporal**

Por favor, especifique las necesidades médicas del estudiante y cómo esto restringe su dieta.

Por favor indicar lo que debe hacerse para adaptar la dieta del estudiante. **Si se deben eliminar alimentos de la dieta, por favor recomendar sustitutos.** (Ejemplo: si el estudiante es alérgico a la leche fluida de vaca, recomiende alternativas como leche sin lactosa, leche de soja, leche o de almendras)

Se requiere la firma de la autoridad médica- Entregue el formulario a la escuela. La enfermera de la escuela escaneará el formulario al Departamento de Nutrición (megan.minner@knoxschools.org). Comunicarse con Megan Minner, dietista de KCS al 865-594-3801 si tiene preguntas.

Nombre impreso del proveedor médico

Número de contacto del médico

Firma del médico o de una autoridad médica reconocida

Fecha

Declaración de no discriminación de USDA

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, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública o ideología política, y tomar represalias por actividad previa sobre derechos civiles, en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Las fechas límite de la presentación de quejas y recursos legales varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben contactar la agencia responsable o al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja sobre discriminación en el programa, complete el Formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (Departamento de Agricultura de Estados Unidos) [AD-3027S](#), que se encuentra en línea y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por los siguientes medios:

1. Correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410 Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov

USDA es un proveedor, empleador y entidad crediticia que ofrece igualdad de oportunidades