



DIETARY ORDER FORM



Name of Scholar: _____ DOB: _____ Grade: _____ Campus: _____

Physician: _____ Phone: _____ Fax: _____

Diagnosis/Disability: _____

- (1) Disability: Autism Mental Retardation Orthopedic Impairment Emotional Disturbance Learning Disability
Traumatic Brain Injury ADHD Other Health Impairment (please list) _____

- (2) How does this handicap/disability restrict the child's diet? _____

- (3) Major life activity affected by disability: Eating Walking Seeing Hearing Speaking
Learning Performing

Manual Task Breathing

- (4) Diet Prescription:

☐ Diet Order (specify calories, carbs, sodium, etc.): _____

☐ Foods to omit **due to allergies**: Milk/Dairy Peanut Butter Wheat/Bread Eggs Citric Acid
Other _____

☐ Food to be substituted: _____

Duration of time for special diet/restriction: _____ Weeks _____ Months. Until end of school year

Textures allowed: (check) Regular Ground Pureed Chopped Other _____

I _____, (physician) declare the child listed above to possess the following **life threatening food allergy**.

- (1) Life threatening food allergy- Omit these foods:

Fluid Milk Peanuts Tree Nuts Eggs Fish Shellfish Wheat Soy

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

Yes No Explain _____

- (3) Other life threatening food allergies (list all)- Omit these foods: _____

I certify that the above named child required nutritionally modified meals as described above due to the child's disability.

Signature of Physician

Date

FOR THE PARENT/GUARDIAN

I give permission for the school staff to follow the above nutrition plan.

Parent/Guardian Signature

Date

USDA regulations require any substitutions or modifications to school meals for children whose disabilities restrict their diets be supported by a statement signed by a licensed physician. **The physician's statement must identify:** (1) The child's disability and an explanation of why the disability restricts the child's diet; (2) The major life activity affected by the disability; (3) The food or foods to be omitted from the child's diet.

PLEASE NOTE: Food allergy or food intolerance **is not** considered a disability under USDA's non-discrimination regulations **unless**, in the physician's assessment, the allergy may lead to severe, life-threatening reactions.

Diet prescriptions from Mexico **will not** be accepted in accordance with USDA Child Nutrition Program regulations.

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

Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Diagnóstico/discapacidad: _____

- (1) Discapacidad: Autismo Retraso mental Discapacidad ortopédica Trastorno emocional
Discapacidad de aprendizaje Lesión cerebral traumática TDAH Otro impedimento de salud (enumere)

(2) ¿Cómo restringe esta minusvalía/discapacidad la dieta del niño? _____

(3) Principal actividad vital afectada por la discapacidad: Comer Caminar Ver Oír Hablar Aprender Realizar
Tarea manual Respirar

(4) Prescripción dietética:

- Orden dietética (especifique calorías, carbohidratos, sodio, etc.): _____
- Alimentos que se deben omitir **por alergias**: Leche/lácteos Mantequilla de maní Trigo/pan
Huevos Ácido cítrico
Otro _____
- Alimentos que se deben sustituir: _____

Duración de la dieta especial/restricción: _____ Semanas _____ Meses Hasta final del año escolar

Texturas permitidas: (marque) Regular Molida Puré Troceada Otro

Yo, _____ (médico), declaro que el niño arriba mencionado padece la siguiente **alergia alimentaria potencialmente mortal**.

(1) *Alergia alimentaria potencialmente mortal. Omita estos alimentos:*

Leche líquida Maní Frutos de cáscara Huevos Pescado Mariscos Trigo Soja

(2) *¿Puede el estudiante consumir alimentos en los que el alérgeno sea un ingrediente del producto alimenticio? (Ejemplo: se omiten los huevos revueltos, pero se permite el huevo como ingrediente en las tortitas).*

Sí No Explique _____

(3) *Otras alergias alimentarias potencialmente mortales (enumere todas). Omita estos alimentos:* _____

Certifico que el niño anteriormente mencionado requiere comidas modificadas nutricionalmente como se describe arriba debido a la discapacidad del niño.

Firma del médico

Fecha

PARA EL PADRE/MADRE/TUTOR

Doy permiso para que el personal de la escuela siga el plan de nutrición mencionado anteriormente.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Los reglamentos del USDA exigen que cualquier sustitución o modificación de las comidas escolares para niños cuyas discapacidades restrinjan su dieta esté respaldada por una declaración firmada por un médico autorizado. **La declaración del médico debe identificar** (1) la discapacidad del niño y una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño, (2) la actividad principal de la vida afectada por la discapacidad, (3) el alimento o alimentos que se omitirán de la dieta del niño.

TENGA EN CUENTA QUE la alergia o intolerancia alimentaria no se considera una discapacidad según las normas de no discriminación del USDA, a menos que, según la evaluación del médico, la alergia pueda provocar reacciones graves que pongan en peligro la vida del niño.

No se aceptarán recetas dietéticas de México de acuerdo con la normativa del Programa de Nutrición Infantil del USDA.