EDINBURG CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Child Nutrition Department

2017-2018 Forma Especial Solicitud Dieta

☐ ***New*** Special Diet Request ☐ ***Change*** Current Special Diet Request ☐ ***Renew*** Existing Special Diet Request ☐ ***Temporary*** Special Diet Request (Start _______ & End Date _______)

Nombre Completo del Estudiante (impreso): Fecha de Solicitud: ___________________________

Apellido: ______________________ Nombre: ______________________ Escuela: ______________________

Fecha de nacimiento: ______________________ Grado: ______________________ Estudiante ID #: ______________________

Nombre del Padre/ Guardián (impreso): ____

Teléfono durante el día: ______________________ E-mail: ______________________

Mi estudiante va a comer cuál de las siguientes comidas de la cafetería de la escuela?

☐ El desayuno y el almuerzo ☐ sólo el desayuno ☐ sólo el almuerzo

☐ Ninguno (Si, el estudiante no come en la cafetería, se organizará **ninguna** modificación)

Entiendo que es mi responsabilidad de renovar esta forma antes de cada año escolar y cada vez que cambian las necesidades nutricionales de mi hijo(a)*. Doy Edinburg CISD Departamento de Alimentos permiso para hablar con el médico mencionado abajo o otra autoridad reconocida médica para discutir las necesidades dietéticas descritos a continuación.*

Firma del Padre/Guardián: ______________________________________ Fecha: ______________________

To Be Completed Only by Physicians, Physician Assistants or Nurse Practitioners

MD/DO/PA/NP Must Attach Supporting Medical Documentation to Confirm Claimed Food Allergy and/or Disability

Prescribing Medical Authority Name (printed): ______________________ Telephone: ______________ Fax: ______________

Signature: ______________________________________ Date: ______________________

Address (street, city, state, ZIP): ____

<u>DIRECTIONS</u>: Part I and Part II to be filled out and completed ONLY by a Licensed Medical Authority treating the student

Part I - If the student has a Non-Life Threatening Food Allergy or

<u>Part II/Section A & B - If the student has a Disability and/or Life-Threatening Food Allergy</u>

Part I: Non-Life Threatening Food Allergy (check ALL that apply)

Eggs: ☐ whole eggs ☐ egg as an <u>ingredient</u>, i.e. scrambled eggs are omitted and egg as an ingredient in pancake is not allowed

Nuts: ☐ peanuts ☐ tree nuts (walnuts, pecans, almonds, hazelnuts…etc.) ☐ sesame seeds

Milk/Dairy allergy: ☐ Avoid fluid milk only ☐ Avoid all dairy products (fluid milk, cheese, yogurt, ice cream) ☐ Avoid dairy in all baked goods

Soy: ☐ Avoid soy milk only ☐ Avoid all soy containing products ☐ Fish ☐ Shellfish ☐ Wheat

List Others: ____

Please identify the food or choice of foods to be substituted: ______________________________

____

**** While the rising prevalence of childhood obesity is a serious health concern, it is <u>NOT</u> currently classified as a disability. Nonetheless, the ECISD Child Nutrition Department provides low fat/low sugar/low sodium menus for <u>ALL</u> meals; therefore, a special diet request for these options would not be necessary. Furthermore, in an effort to assist families manage a healthier lifestyle, nutritional information is posted on the ECISD Child Nutrition department website.**

EDINBURG CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Child Nutrition Department

PART II. Disability & *Life-Threatening Food Allergies*; additional *supporting medical documentation is required*

SECTION A: DISABILITY

Circle all disabilities requiring meal modifications:

Cerebral Palsy	Epilepsy	Muscular Dystrophy	Multiple Sclerosis
Cancer/Leukemia	Heart Disease	Diabetes	Phenylketonuria (PKU)
Tuberculosis	HIV Disease	Autism	Nephritis
Traumatic Brain Injury	Mental Retardation	Emotional Disturbance	Drug Addiction/Alcoholism
Speech Impairment	Visual Impairment	Hearing Impairment	Orthopedic Impairment

Major life activity affected by DISABILITY: Note: Edinburg CISD cannot honor this Request Form unless at least one life activity is marked.

☐ Eating ☐ Speaking ☐ Hearing ☐ Seeing ☐ Walking ☐ Learning ☐ Breathing

☐ Caring for One's Self ☐ Performing Manual Tasks ☐ Other, specify: ______________________________

Diet Order: Indicate specific restrictions in space provided

____

Safe Food Substitutes:*

____

☐ **Texture Modification**, if applicable, specify below.

Liquids ☐ No Restrictions ☐ Thin ☐ Thickened (Nectar) ☐ Thickened (Honey) ☐ Thickened (Pudding)

Solids ☐ No Restrictions ☐ Mechanical Soft Chopped ☐ Mechanical Soft Ground ☐ Pureed

*The Child Nutrition Department will attempt to accommodate the substitutions as requested but reserves the right to modify the menu based on product availability.

SECTION B: LIFE-THREATENING FOOD ALLERGIES (FOOD ANAPHYLAXIS)

Life-threatening food allergies: ☐ ingestion ☐ contact ☐ inhalation ☐ EpiPen/ Emergency Epinephrine prescribed

Eggs: ☐ whole eggs ☐ egg as an ingredient, i.e. scrambled eggs are omitted and egg as an ingredient in pancake is not allowed

Nuts: ☐ peanuts ☐ tree nuts (walnuts, pecans, almonds, hazelnuts…etc.) ☐ sesame seeds

Milk/Dairy allergy: ☐ Avoid all dairy products (fluid milk, cheese, yogurt, ice cream) ☐ Avoid dairy in all baked goods

Soy: ☐ Avoid all soy containing products ☐ Fish ☐ Shellfish ☐ Wheat

List Others: ____

Please identify the food or choice of foods to be substituted: ________________________________

MAIL or FAX To:

Attention: Dietitians
Edinburg CISD Child Nutrition Department
1313 E. Schunior
Edinburg, Texas 78541
Office: (956) 289-2575
Fax: (956) 380-8905

Declaración de no discriminación: Esto explica lo que debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente. El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde se aplique, por creencias políticas, estado civil, condición familiar o situación de los padres, orientación sexual o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el Departamento. (No todos los motivos que se prohíben se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo.) Si desea presentar una queja de discriminación ante el programa de Derechos civiles, llene el formulario *USDA Program Discrimination Complaint Form* que se encuentra en línea en *http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html*, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que incluya toda la información que le piden en el formulario. Envíenos el formulario de queja llenado o una carta por correo al U.S. Departamento of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a *program.intake@usda.gov*. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad para hablar pueden comunicarse con el USDA usando el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.