



KATY ISD PHYSICIAN DIET MODIFICATION

SECTION A – To be completed by Parent/Legal Guardian

Student's Name (Last, First) _____ Date of Birth _____
School _____ Grade _____
Parent/Guardian _____ Home Phone _____
Parent/Guardian Email _____

I give Nutrition Services/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 the Nutrition and Food Service dietitian and the school nurse.

I acknowledge that a la carte purchases are not monitored by the cafeteria for allergens. If I would like to prevent my child from purchasing any a la carte items, I may set these purchasing restrictions on www.SchoolCafe.com/katyisd.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Student has a disability and/or life threatening food allergy? Yes No

FOOD ALLERGIES - TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN OR PRESCRIBING MEDICAL AUTHORITY

- Peanuts Tree Nuts
- Sesame Seeds Sunflower Seeds
- Other Seeds (describe) _____
- Fluid Milk Only Cheese Yogurt
- All Dairy including in baked goods (ex. breadings, muffins, rolls)
- Whole Plain Eggs (ex. Scrambled eggs)
- Eggs in baked goods (ex. breadings, muffins, rolls)
- Fish Shellfish Wheat
- Soy as a **main ingredient** (ex. Edamame, soy sauce, soy milk)
- Soy as a **minor ingredient** (ex. Soy in processed foods, soy oil, soy lecithin)
- Corn as a **main ingredient** (ex. Corn kernels, corn tortillas)
- Corn as a **minor ingredient** (ex. Cornstarch, cornmeal, corn syrup, corn oil, corn flour)
- Other (please be specific): _____

Substitutions: (Katy ISD Food Service will attempt to honor substitutions listed based on product availability)

DISABILITY - TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN OR PRESCRIBING MEDICAL AUTHORITY

Disability: _____

Major Life Activity affected by the Disability (REQUIRED)

- Major Bodily Function Eating Breathing
- Performing manual tasks Caring for one's self
- Speaking Learning Walking Hearing Seeing
- Other: _____

Foods to Omit: _____

Substitutions: (Katy ISD Food Service will attempt to honor substitutions listed based on product availability)

Texture Modification Needed? Yes No

Liquids: Thin Nectar Thick Other: _____

Solids: Pureed (Level 4) Minced and Moist (Level 5)
 Soft & Bite-Sized (Level 6)

Supplement Needed? Yes No

Supplement: _____

Alternative Supplement: _____

Dosage Per Meal: Breakfast _____ Lunch _____

*Katy ISD Food Service will attempt to honor requests for supplements based on product availability.

Therapeutic Diet Order: (please provide specifics below)

I certify that the above named student needs to be offered food substitution as described above because of the student's disability and/or life threatening food allergy.

Printed Name of Licensed Physician/Prescribing Medical Authority: _____ Date: _____

Signature of Physician/Prescribing Medical Authority: _____ MD DO PA NP

Clinic/Facility Name: _____ Telephone: _____

For questions about this form please contact Katy ISD Food Service Dietitians: Phone: 281-396-6240 or email NFS@katyisd.org

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, audiotope, 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; 3. email: program.intake@usda.gov This institution is an equal opportunity provider.



KATY ISD SOLICITUD PARA MODIFICACIONES DIETETICAS

SECCION A – Completado por Padre o Tutor Legal

Nombre de Estudiante (Apellido, Nombre): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Nivel de Grado: _____
Padre/Tutor Legal: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

Autorizo al Servicio de Nutrición y Alimentos y a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico para discutir las modificaciones nutricionales que se indican a continuación. Entiendo que, si las necesidades médicas o nutricionales de mi hijo(a) cambian, es mi responsabilidad proporcionar la documentación médica de mi hijo(a) al dietista del Servicio de Nutrición y Alimentos y la enfermera de la escuela.

Reconozco que las compras a la carta no son monitoreadas por la cafetería en busca de alérgenos. Si quisiera evitar que mi hijo compre artículos a la carta, puedo establecer estas restricciones de compra en www.SchoolCafe.com/katyisd.

Firma: _____ Fecha _____

¿El estudiante tiene una discapacidad o alergias alimentarias que amenazan la vida? Si No

ALERGIAS ALIMENTARIAS – MEDICO LICENCIADO COMPLETE ESTA SECCION

- Cacahuates (maní) Nueces de árbol
- Semillas de sésamo/ajonjolí Semillas de girasol
- Otras Semillas (describir) _____
- Leche fluida Queso Yogur
- Todos productos lácteos incluidos los productos horneados
- Huevos enteros (ex. Huevos revueltos)
- Huevos en productos horneados
- Pescado Mariscos Harina de trigo
- Soya como **ingrediente principal** (ex. Frijoles de soya, salsa de soya, leche de soya)
- Soya como **ingrediente secundario** (ex. Soya en alimentos procesados, aceite de soya, lecitina de soya)
- Maíz como ingrediente principal (ex. Granos de maíz, tortillas de maíz)
- Maíz como ingrediente secundario (ex. maicena, harina de maíz, jarabe de maíz, aceite de maíz)
- Otro (por favor especificar): _____

Alimentos para sustituir: (El Servicio de Alimentos de Katy ISD intentara cumplir con las sustituciones anotadas abajo según la disponibilidad del producto.)

INCAPACIDAD – MEDICO LICENCIADO COMPLETE ESTA SECCION

Incapacidad: _____

REQUERIDO: Actividades principales afectadas por la incapacidad

- Función corporal principal Comer Respirar
- Realizar tareas manuales Cuidar de sí mismo
- Hablar Aprender Caminar Oír Ver
- Otro: _____

Alimentos para omitir: _____

Alimentos para sustituir: (El Servicio de Alimentos de Katy ISD intentara cumplir con las sustituciones anotadas abajo según la disponibilidad del producto.)

¿Modificación de la textura necesaria? Si No

Líquidos: ligero néctar espeso Otro: _____

Sólidos: puré (nivel 4) Picado y Húmedo (nivel 5)

Suave y tamaño bocado (nivel 6)

¿Suplemento nutricional? Si No

Suplemento: _____

Suplemento alternativo: _____

Dosis por comida: Desayuno: _____ Almuerzo: _____

*El Servicio de Alimentos de Katy ISD intentara cumplir con las solicitudes de suplementos según la disponibilidad del producto.

Orden de la dieta terapéutica: (Por favor proporcione detalles)

Yo certifico que el estudiante mencionado arriba necesita la sustitución de alimentos descrita arriba por su discapacidad o alergia alimentaria.

Nombre del médico licenciado: _____ Fecha: _____

Firma del médico licenciado: _____ MD DO PA NP

Nombre de Clínica/facilidad: _____ Teléfono: _____

Para preguntas sobre este formulario, comuníquese con los dietistas del servicio de Alimentos de Katy ISD: Teléfono: 281-396-6240

o correo electrónico: NFS@katyisd.org

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese 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 llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.