

Medical Statement for Meal Modification

Important! Carefully read and follow the procedures for requesting a special meal accommodation. The school/site will return incomplete Medical Statements to the parent/guardian. If you have questions about this form, the school/site contact named in Part A below will assist you.

Schools and agencies participating in child nutrition meal programs **MUST** comply with requests for special dietary needs and adaptive equipment at no extra charge for children with a documented disability and/or medical need. If this is a life-threatening food allergy resulting in anaphylaxis, ensure the Allergy & Anaphylaxis Action Plan form is completed by school/site nursing staff.

Requests for children with a documented medical need: A completed request form must be signed by a licensed physician (MD or DO), advanced practice nurse (APN) with prescriptive authority (RXN), or physician assistant (PA).

The meal modifications will continue until a licensed physician, advanced practice nurse with prescriptive authority or physician assistant requests that the modifications be changed or stopped on the Discontinuation Form, which is available from the school/site. It is strongly recommended that the prescribed diet order is updated annually with a new form.

Part A. Student, Parent/Guardian & School/Site Contact Information – To be completed by a parent/guardian or school/site contact person.

1. Student's Name:	2. Date of Birth:	3. School/site:
4. Parent/Guardian's Name:	5. Parent/Guardian's Phone:	
6. School/site Contact's Name:	7. School/site Contact's Phone:	

Part B. Prescribed Diet Order for Children with a Documented Medical Need – This must be completed by a licensed medical professional as specified above. All sections must be completed.

1. Specify the medical need and how it restricts the child's diet:

2. What major life activity is affected by this student's medical need? Example: Allergy to peanuts affects ability to breathe.

3. Type of Special Diet:
 Check if not applicable OR specify the type of special diet (e.g. low sodium, gluten-free, diabetic, etc.)

4. Modified Texture:	<input type="checkbox"/> Not Applicable	<input type="checkbox"/> Chopped	<input type="checkbox"/> Ground	<input type="checkbox"/> Pureed
----------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

5. Modified Thickness of Liquids:	<input type="checkbox"/> Not Applicable	<input type="checkbox"/> Nectar	<input type="checkbox"/> Honey	<input type="checkbox"/> Spoon or Pudding Thick
-----------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	---

6. Special Feeding Equipment: _____
 Check if not applicable OR list special feeding equipment (e.g. large handled spoon, sippy cup, etc.).

7. Foods to be Omitted and Substituted:
 List specific foods to be omitted and substituted. If more space is needed, sign and attach additional sheet of paper.

Omit Foods Listed Below:	Substitute Foods Listed Below:

Licensed Physician/Advanced Practice Nurse with Prescriptive Authority/Physician Assistant Information

Signature:	Title:
Printed Name	Phone: Date:

Parent/Legal Guardian Permission – To be completed by a parent or legal guardian.

I give permission for school/site personnel responsible for implementing my child's prescribed diet order to discuss my child's special dietary accommodations with any appropriate school/site staff. I also give permission for my child's licensed physician, advanced practice nurse with prescriptive authority or physician assistant to further clarify the prescribed diet order on this form if requested to do so by school/site personnel.

Parent/Legal Guardian's Signature & Date: _____

Informe médico para modificación del consumo de alimentos

¡Importante! Lea cuidadosamente y siga los procedimientos para solicitar una adaptación especial en el consumo de alimentos. La escuela/centro devolverá los Formularios de Preferencias Dietéticas sin completar al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, el contacto de la escuela/centro mencionado en la Parte A lo ayudará.

Las escuelas y agencias que participen en los programas sobre el consumo de alimentos en la nutrición infantil **DEBEN** cumplir con las solicitudes para necesidades dietéticas especiales y el equipo adaptativo sin cargo adicional para niños con discapacidad documentada o necesidad médica. Si esta es una alergia a algún alimento que representa una amenaza para la vida y que resulta en anafilaxis, asegúrese de que el personal de enfermería complete el formulario Plan de Acción en Caso de Alergias y Anafilaxis.

Solicitudes para niños con una necesidad médica documentada: un médico colegiado (MD o DO), enfermera especializada (advanced practice nurse, APN) autorizada para prescribir (prescriptive authority, RXN) o asistente médico (physician assistant, PA) deberá firmar un formulario de solicitud completado.

Las modificaciones del consumo de alimentos continuarán hasta que un médico colegiado, enfermera especializada autorizada para prescribir o asistente médico solicite que se cambien o detengan dichas modificaciones en el Formulario de Descontinuación, que está disponible en la escuela o centro. Se recomienda ampliamente que la orden dietética recetada se actualice anualmente con un formulario nuevo.

Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela/centro – El padre/tutor o la persona contacto de la escuela/centro deberá completarlo.				
1. Nombre del estudiante:		2. Fecha de nacimiento:		3. Escuela/centro:
4. Nombre del padre/tutor:		5. Nro. de teléfono del padre/tutor:		
6. Nombre del contacto de la escuela/centro:		7. Nro. de teléfono del contacto de la escuela/centro:		
Parte B. Orden dietética recetada con necesidad médica documentada – Esto deberá completarlo un profesional médico colegiado como se especificó anteriormente. Deben completarse todas las secciones.				
1. Especifique la necesidad médica y cómo limita la dieta de su hijo:				
2. ¿Cuál actividad principal de la vida se ve afectada por la necesidad médica del estudiante? Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar.				
3. Tipo de dieta especial: <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O especifique el tipo de dieta especial (por ej., sodio bajo, sin gluten, diabetes, etc.)				
4. Textura modificada:	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Picada	<input type="checkbox"/> Molida	<input type="checkbox"/> En puré
5. Espesor modificado para los líquidos:	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Néctar	<input type="checkbox"/> Miel	<input type="checkbox"/> En cuchara o el mismo espesor del pudín
6. Equipo especial para alimentación: _____ <input type="checkbox"/> Seleccione si no aplica O mencione el equipo especial para alimentación (por ej., cuchara con mango ancho, vaso de entrenamiento, etc.).				
7. Alimentos que deben omitirse o substituirse: Enumere los alimentos que deben omitirse o substituirse. Si necesita más espacio, firme y adjunte una hoja de papel adicional.				
Omitir los alimentos señalados a continuación:			Substituir los alimentos señalados a continuación:	
Información del médico colegiado/enfermera especializada autorizada para prescribir/médico asistente				
Firma:			Cargo:	
Nombre en letra de imprenta			Nro. de teléfono:	Fecha:
Permiso del padre/tutor legal – Deberá completarlo el padre o tutor legal.				
Autorizo al personal de la escuela o centro responsable para implementar la orden dietética recetada de mi hijo para que se discutan las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con el personal adecuado de la escuela o centro. Asimismo, autorizo al médico colegiado de mi hijo, la enfermera especializada autorizada para prescribir o al asistente médico a ofrecer detalles sobre la orden dietética recetada en este formulario si el personal de la escuela/centro le solicita hacerlo.				
Firma del padre/tutor legal y fecha:				

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.