



HISD Child Nutrition Special Diet Form
Please Fax to 210-923-2227 or Return to Campus

First Name:	DOB:
Last Name:	School ID:
School:	Grade:

~ **Parents/Guardians, please check one of the following, sign, and date** ~

- My child needs the same dietary accommodations as received in the previous school year
*(medical authority signature **not** required, except when special groceries must be purchased).*
- My child needs less dietary accommodations than the previous school year and is allowed to receive the following food(s) *(medical authority signature **not** required):*
- My child no longer needs dietary accommodations and is allowed to receive a regular meal
*(medical authority signature **not** required).*
- My child needs special diet accommodations *(medical authority prescription and signature **required**).*

Parent/Guardian Name:	Phone # :
Parent/Guardian Signature:	Date:

~ **To be completed by a licensed physician or medical authority** ~

Medical Disability/Condition:

Food Allergy/Intolerance

Milk (mark **one** below and circle milk substitute): water lactose-free milk almond milk soy milk

- Liquid Milk *(other forms of milk are okay)*
- Dairy Products, including liquid milk, yogurt, and cheese
- Milk in ALL foods, including liquid milk, dairy, and breads/baked goods
- Whole Eggs *(egg in foods is okay)*
- Eggs in ALL foods, including baked goods
- Fish
- Shellfish
- Peanuts
- Tree Nuts
- Whole Soybeans/Tofu
- Soy in ALL foods
- Wheat/Gluten
- Other:**

Other Dietary Restrictions/Needs

- Texture Modification *(please circle all that apply):* Soft Chopped Pureed Liquids Only
- Thickened Liquids *(please circle one):* Nectar Honey Pudding
- Diabetic/Carb Restriction:
- Fat Restriction:
- Other Requests:

Clinic:	Contact #:
Medical Authority Name/Credential:	MD RD DO PA NP
Medical Authority Signature:	Date:

HISD CHILD NUTRITION SERVICES SPECIAL DIET FORM INSTRUCTIONS AND GUIDELINES

1. A special diet form **MUST** be completed **EVERY** school year, according to the instructions here.
2. The student's medical authority and (or) parent/guardian must complete and sign this special diet form to request accommodations for the current school year.
3. Once completed, please submit to the campus nurse or fax to the HISD Registered Dietitian Nutritionist (RDN) at 210-989-4250.
4. For subsequent school years, if **more and/or different** accommodations are requested (i.e. the student has more and/or different allergies, restrictions, and/or nutritional needs); or if special diet groceries must be purchased for the student, the medical authority **and** parent/guardian must complete and sign an updated special diet form.
5. For subsequent school years, if **less and/or the same** accommodations are requested (i.e. the student is no longer allergic to a food; the student is allergic to the same foods; and/or the student has less or the same but not different restrictions and/or nutritional needs), the parent/guardian must complete and sign an updated special diet form. If the parent/guardian requests less and/or the same accommodations for the student, he/she/they must indicate one of the following:
 - X My child needs the same dietary accommodations as received in the previous school year.
 - X My child needs less dietary accommodations than the previous school year and is allowed to receive the following foods: *(parent/guardian to indicate foods allowed)*.
 - X My child no longer needs dietary accommodations and is allowed to receive a regular meal.

In these cases, a medical signature is not required — ***except when special diet groceries must be purchased.***

6. Special Diet requests will be reviewed by the HISD Registered Dietitian Nutritionist (RDN).
7. Accommodations will be processed by the HISD RDN in accordance with federal and state guidelines.
8. The HISD CNS staff will make every attempt to REASONABLY accommodate students when dietary restrictions are not life threatening or reported by a physician as a disability.
9. **A special diet form may take up to 2 weeks to implement. However, at the beginning of the school year the implementation period may be much longer due to the very high number of requests that are received at this time. During the implementation period, the parent/guardian of the student is responsible for providing the special diet.**
10. If you would like to know if your child's special diet has been implemented, please contact the HISD RDN at 210-989-4250 or the campus nurse.
11. It is the parent/guardian's responsibility to notify the HISD CNS department if any changes occur or if the student transfers to another school.
12. When a parent/guardian signs the special diet form, he/she agrees to the special diet request made by the medical authority and gives the HISD RDN permission to process the request as written; if you have any questions or concerns about how the medical authority completed the form for your child and would like to make changes, please contact the RDN at 210-989-4250
13. The HISD CNS department has the right to contact the medical authority to ask questions and/or clarify the information on the special diet form.
14. All forms and information regarding special diets can be found on the CNS website; or if you have questions, please call the HISD CNS department at 210-989-4250

HISD Child Nutrition Services

San Antonio, TX 78221

Phone: (210) 989-4250

Fax: (210) 923-2227

This institution is an equal opportunity provider.



Solicitud para Dieta Especial del departamento de Nutrición de HISD

Favor de enviarla por Fax al 210.923.2227 o entregarla en la escuela

Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Apellido:	ID de la Escuela:
Escuela:	Año Escolar:

~Padres/ Tutores, por favor seleccione la que le corresponda, firme y ponga la fecha~

- Mi estudiante necesita el mismo tipo de dieta que recibió el año pasado.
(Firma de autorización médica **no está requerida**, excepto cuando se deban comprar alimentos específicas).
- Mi estudiante necesita menos cuidados alimenticios que el año pasado y tiene permiso de recibir estos alimentos (autorización médica **no está requerida**):
- Mi estudiante ya no necesita una dieta especial y tiene permiso de recibir alimentos normales y comúnmente utilizados (autorización médica **no está requerida**).
- Mi estudiante necesita una dieta especial (receta médica y firma de autorización médica **requerida**).

Nombre del Padre/Tutor:	Teléfono:
Firma del Padre/Tutor:	Fecha:

~Debe de ser completado por un doctor o autoridad médica~

Discapacidad Médica/ Condición:

Alergias a la comida/Intolerancias

Leche (escoja a qué productos lácteos tiene alergia y circule que sustituto se puede utilizar:

Agua Leche sin Lactosa Leche de Almendra Leche de Soya

- Leche Líquida (otras formas de leche están bien)
- Productos Lácteos, incluyendo leche líquida, yogures, y queso
- Leche en TODAS las comidas, incluyendo leche líquida, lácteos, panes y alimentos horneados.

-
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Huevos enteros (huevos en la comida está bien) | <input type="checkbox"/> Huevos en Todas las comidas. Incluyendo comida horneada |
| <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Cacahuates | <input type="checkbox"/> Nueces de Árboles |
| <input type="checkbox"/> Soya/Tofu | <input type="checkbox"/> Soya en TODA la comida |
| <input type="checkbox"/> Trigo/Gluten | <input type="checkbox"/> Otras: |
-

Otras Restricciones de Dieta/ Necesidades

- Modificación de Textura (*Por favor circule todas las que apliquen*):
Suave, Picado, Puré, Solamente Líquidos
- Líquidos engrosados (*Por favor circule todas las que apliquen*): Néctar Miel Pudín
- Diabético/ Restricción de Carbohidratos
- Restricción de Grasa:
- Otros Requisitos:

Clínica:	Teléfono:
----------	-----------

Nombre de Autoridad Médica/ Acreditación:	MD RD DO PA NP
Firma de Autoridad Médica:	Fecha:

Instrucciones y Requisitos Para Llenar la Solicitud de Dieta Especial del Departamento de Nutrición de HISD

1. La solicitud de dieta especial DEBE ser completada CADA año escolar, de acuerdo a estas instrucciones.
2. La autoridad médica del estudiante y el padre/ guardián debe llenar y firmar esta solicitud especial para pedir los requisitos de dieta para el año escolar.
3. Una vez que se haya llenado a su totalidad favor de entregarla a la enfermera de la escuela o mandarla por fax a la nutrióloga registrada de HISD (RDN) AL 210.989.4250.
4. Para años escolares subsiguientes, **si se necesitan más/ o diferentes** requisitos (por ejemplo si el estudiante tiene mas/ o diferentes alergias, restricciones, y/ o más necesidades alimenticias); o si se debe comprar alimentos especiales para su dieta, la autoridad médica y el padre/guardián debe llenar esta solicitud actualizada y firmar.
5. Para años escolares subsiguientes, **si son menos o los mismos** requisitos (por ejemplo, el estudiante y ano es alérgico a algunas comidas; el estudiante es alérgico a las mismas comidas; y/o el estudiante tiene menos o las mismas restricciones alimenticias), el padre/ tutor debe llenar esta solicitud actualizada. Si el padre/tutor requiere menos o los mismos requisitos alimenticios para el estudiante, él o ella deben indicar uno de estos:

X Mi estudiante necesita los mismos requisitos alimenticios que el año escolar pasado

X Mi estudiante necesita menos requisitos alimenticios que el año pasado y tiene permiso de recibir estos alimentos: *(padre/guardián) indique qué alimentos puede consumir su hijo*).

X Mi estudiante ya no necesita requisitos alimenticios y puede recibir comida normalmente utilizada.

En estos casos, la firma médica no es requerida---***Excepto cuando se deben comprar alimentos especiales.***

6. Los requisitos de dietas especiales serán revisados por la Dietista Nutrióloga Registrada de HISD (RDN)
7. Estos requisitos serán procesados por la RDN de HISD en acorde con las reglas federales y estatales.

8. El personal de HISD CID hará todo intento RAZONABLE para poder cumplir con los requisitos alimenticios del estudiante cuando no son de vida o muerte y sean reportados por el médico como una discapacidad.
9. **Una solicitud de dieta especial puede tardar hasta 2 semanas en ser implementada. Sin embargo, a principios del año escolar el periodo de implementación puede tardar más tiempo debido a la gran cantidad de solicitudes que recibimos a la vez. Durante el periodo de implantación, el padre/tutor es responsable de proveer la dieta especial para su estudiante.**
10. Si quiere saber si la dieta especial de su estudiante ha sido implementada, por favor llame a la RDN de HISD al 210.989.4250 o a la enfermera de su escuela.
11. Es la responsabilidad del padre/tutor de notificar al Departamento de Nutrición de HISD si ocurre un cambio o si el estudiante es transferido a otra escuela.
12. Cuando un padre/tutor firma la solicitud de dieta especial, él/ella está de acuerdo con los requisitos hecho por la autoridad médica y le dan permiso a la RDN de HISD para procesar el requisito como ha sido escrito; si tiene alguna pregunta o duda de cómo la autoridad médica llenó la solicitud para su estudiante y quiere hacerle cambios por favor contacte a la RDS al 210.989.4250.
13. El departamento de nutrición de HISD tiene el derecho de contactar a la autoridad médica y hacer preguntas para clarificar la información sobre la dieta especial.
14. Todas las solicitudes e información sobre dietas especiales pueden ser encontradas en la página web del departamento de nutrición, o si tiene preguntas puede hablar directamente al Departamento de Nutrición de HISD al 210.989.4250

HISD Child Nutrition Services
San Antonio, TX 78221
Teléfono: (210) 989-4250
Fax: (210) 923-2227

Esta institución provee oportunidad igualitaria