

## Newport Mesa Unified School District

# Medical Statement to Request Special Meal Accommodations

Complete information is required to process special diet requests. Special meals cannot be provided without required information. Información completa requerida para procesar solicitudes de dietas especiales. No se servirán alimentos especiales sin la información necesaria

A. Parent/Guardian: Complete Numbers 1-11 (Padres/Tutor: Completa cajitas 1-11)				
1. Print Student Last Name (Apellido del Alumno)	2. Print Student First Name (Nombre del Alumno)	3. Date of Birth (Fecha de nacimiento) / /	4. Grade (Grado)	5. Student ID # (Número de Identificación del Alumno)
6. Print School Name (Nombre de la Escuela)		7. Check Applicable Box(es) (Marcar Casilleros Correspondientes)	8. Check Participating Meal(s) at School (Marcar Alimentos que Toma el Alumno)	
Teacher's Name: (Nombre del profesor)		<input type="checkbox"/> Pre-School (Pre-escolar) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Breakfast (Desayuno) <input type="checkbox"/> Lunch (Almuerzo)	
9. Print Parent/Guardian Name (Nombre del Padre/Tutor)	10. Parent/Guardian Signature (Firma del Padres/Tutor)	Date: (Fecha) / /	11. Parent/Guardian Phone # (Número(s) de teléfono del Padres/Tutor) ( ) Or ( )	
B. State Licensed Healthcare Professional (Licensed Physician, Physician's Assistant, or Nurse Practitioner: Complete Numbers 12-19)				
12. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:				
13. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:				
14. Adaptive Equipment (If Applicable):				
15. REQUIRED FOOD TEXTURE: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Other:				
16. LIST FOODS TO BE OMITTED AND APPROPRIATE SUBSTITUTIONS				
<u>Foods to be Omitted:</u>		<u>Suggested Substitutions:</u>		
<input type="checkbox"/> Fluid Milk To Drink	<input type="checkbox"/> All Baked Products Containing Dairy	<input type="checkbox"/> Soy	<input type="checkbox"/> Lactose-Free Milk	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Juice All Foods Containing Milk (cheese, yogurt, ranch dressing)	_____		
<input type="checkbox"/> Whole Eggs	<input type="checkbox"/> All Products Containing Eggs	_____		
<input type="checkbox"/> Wheat/Gluten		_____		
<input type="checkbox"/> Peanuts	<input type="checkbox"/> Tree Nuts	<input type="checkbox"/> ALL	_____	
<input type="checkbox"/> NUTS Soy Beans	All Soy	_____		
<input type="checkbox"/> Ingredients Other		_____		
17. State Licensed Healthcare Professional (Print Name and Title)		18. Signature of State Licensed Healthcare Professional		Date
Phone #: ( )				/ /
		19. Registered Dietitian (RD/RDN) following the student, if applicable.		
		Print Name:		Phone #: ( )

For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a nurse practitioner.

Date Processed (For Food Service Office Staff only):

# NMUSD Medical Statement to Request Special Meals

## INSTRUCTIONS

10/5/21

1. **Submission of Medical Statement to Request Special Meals (special diet request form) is required** in order to accommodate students' dietary needs for their current medical condition. The medical statement and special diet will be effective for the duration of the medical condition. If and when a medical condition changes, an updated special diet request form is required.
2. Submission of a new/updated special diet form will replace previous/existing special diet requests.
3. After parent/guardian and the state licensed healthcare professional complete the form, please turn in the request form to the Health Office at your school. Additional medical document(s) may be attached to the request form. Please keep a copy of submitted documents for your records.
4. Nutrition Services will keep a copy in special diet file and review the form and additional medical document for evaluation.
5. When the special diet meal plan is ready, Nutrition Services will communicate with Health Services and the Cafeteria Manager to ensure meal plan changes.
6. **A milk alternative** is available as a replacement for fluid milk (cow's milk) for students with lactose intolerance. It can be requested by using the parental MILK SUBSTITUTION FORM available from the Health Office at your school or by downloading from the NMUSD's Nutrition Services website. Return form to the Health Office at your school.

**Citations are from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, and ADA Amendment Act of 2008:**

### **DEFINITIONS:**

**A person with a disability** is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such an impairment.

**Physical or mental impairment** means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory; speech; organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.

**Major life activities** include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.

**Major bodily functions** have been added to major life activities and include the functions of the immune system; normal cell growth; and digestive, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, endocrine, and reproductive functions.

**"Has a record of such an impairment"** means a person has, or has been classified (or misclassified) as having, a history of mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

## Distrito Escolar Unificado Newport Mesa

# Declaración Médica para Solicitar Adaptaciones de Comida Especial

Se requiere información completa para procesar las solicitudes de dietas especiales. Las comidas especiales no se pueden proveer sin la información requerida.

A. Padres/Tutores: Rellene los números 1-11				
1. Apellido del estudiante	2. Primer nombre del estudiante	3. Fecha de nacimiento / /	4. Grado escolar	5. ID del estudiante
6. Nombre de la escuela  Nombre del maestro(a):		7. Marque las casillas que aplican <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	8. Marque las comidas en las que participa en la escuela <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo	
9. Nombre del Padre/Tutor (letra de molde)	10. Firma del Padre/Tutor	Fecha: / /	11. Núm. telefónico del Padre/Tutor: ( ) 0( )	
B. Profesional del Cuidado de la Salud del Estado (Médico licenciado, médico asociado, o enfermera facultativa): Rellene los números 12-19				
12. Descripción del impedimento físico o mental del niño(a) afectado:				
13. Explicación de la dieta recetada y/o adaptaciones para asegurar la implementación adecuada:				
14. Equipo adaptativo (si aplica):				
15. TEXTURA DE COMIDA REQUERIDA: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Otra:				
16. ENUMERE LAS COMIDAS QUE DEBEN SER OMITIDAS Y LAS SUSTITUCIONES ADECUADAS				
<u>Comidas que deben ser omitidas:</u>		<u>Sustituciones adecuadas:</u>		
<input type="checkbox"/> Leche en líquido para beber	<input type="checkbox"/> Todo producto horneado que contiene lácteos	<input type="checkbox"/> Soya	<input type="checkbox"/> Leche sin lactosa	<input type="checkbox"/> Jugo
<input type="checkbox"/> Todas las comidas que contienen leche (queso, yogurt, aderezo ranch)				
<input type="checkbox"/> Huevos enteros	<input type="checkbox"/> Todo producto que contiene huevos			
<input type="checkbox"/> Trigo/gluten				
<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Frutos secos de árbol	TODOS		
<input type="checkbox"/> NUECES	<input type="checkbox"/> Semillas de soya	Todos los ingredientes de soya		
<input type="checkbox"/> Otra				
17. Profesional del cuidado de la salud (Nombre y título en letra de molde)		18. Firma del Profesional del cuidado de la salud		Fecha / /
Núm. telefónico: ( )		19. Nutricionista registrado (RD/RDN) que asesora al estudiante, si aplica. Nombre en letra de molde:                      Núm. telefónico: ( )		

A efectos de este documento, un profesional del cuidado de la salud en California es un médico licenciado, un médico asociado, o una enfermera facultativa.

Fecha en que se procesó (para personal de la oficina de servicios de comida solamente):

# Declaración Médica para Solicitar Adaptaciones de Comida Especial en el NMUSD

## INSTRUCCIONES

10/5/21

1. Se requiere presentar una **Declaración Médica para Solicitar Adaptaciones de Comida Especial (formulario de solicitud de dieta especial)** para hacer adaptaciones a las necesidades dietéticas de estudiantes de acuerdo a su actual condición médica. La declaración médica y dieta especial estarán en vigor durante la condición médica. Si en algún momento cambia la condición médica, se requiere presentar un formulario de solicitud de dieta especial actualizado.
2. Al presentar un formulario de dieta especial nuevo/actualizado este reemplazará las solicitudes de dieta especial anteriores/existentes.
3. Después de que el padre/tutor y el profesional del cuidado de la salud licenciado por el estado completen el formulario, por favor entregue la solicitud a la Oficina de Salud de su escuela. Se pueden adjuntar documentos médicos adicionales al formulario de solicitud. Por favor mantenga una copia de los documentos entregados en sus archivos.
4. Servicios de Nutrición se quedará con una copia en el expediente de dietas especiales y revisará el formulario y documentos médicos adicionales para su evaluación.
5. Cuando esté listo el plan de comida con dieta especial, Servicios de Nutrición se comunicará con Servicios de Salud y el Gerente de la Cafetería para asegurar los cambios en el plan de comida.
6. Existe una alternativa a la leche para reemplazar la leche en líquido (leche de vaca) para aquellos estudiantes que son intolerantes a la lactosa. Se puede solicitar usando el FORMULARIO DE SUSTITUCIÓN DE LECHE disponible en la Oficina de Salud de su escuela o descargando el formulario en el sitio web de Servicios de Nutrición del NMUSD. Devuelva el formulario a la Oficina de Salud de su escuela.

Las citas son de la **Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con discapacidades (ADA) de 1990, y la Ley de Enmienda a la ADA del 2008:**

### DEFINICIONES:

**Una persona con una discapacidad** se define como cualquier persona que un impedimento físico o mental el cual limita sustancialmente una o más de las actividades esenciales a la vida, tiene un historial de tal impedimento, o es considerado tener tal impedimento.

**Un impedimento físico o mental** significa que (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética, o pérdida anatómica, que afecta uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos de sentidos especiales; respiratorio; del habla; órganos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genito-urinario, hemático y linfático, piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, tales como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental, y discapacidades de aprendizaje específicas.

**Las actividades esenciales a la vida** incluyen, pero no se limitan a, el cuidado de sí mismo, desempeñar actividades manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, ponerse de pie, cargar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar, y trabajar.

Las funciones corporales esenciales han sido agregadas a las actividades esenciales a la vida e incluyen las funciones del sistema inmune; crecimiento normal de células; y funciones digestivas, del intestino, vejiga, neurológica, cerebral, respiratoria, circulatoria, endocrina, y reproductiva.

**“Tiene historial de tal impedimento”** significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o incorrectamente clasificada) con, un historial de impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más de las actividades esenciales a la vida.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y reglamentos y normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), la USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, e instituciones que participan en o administran programas de la USDA se les prohíbe discriminar basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o venganza o represalia por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida por o financiada por la USDA.

Las personas con discapacidades que requieren formas de comunicación alternativas para información del programa (ejemplo: braille, letra grande, audiocinta, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la Agencia (estatal o local) en donde aplicaron para beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o que tienen discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas aparte del inglés.

Para presentar una denuncia de discriminación del programa, rellene el Formulario de Denuncia por Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027) que puede encontrar en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proveer en esa carta toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de denuncias, llame al (866)632-9992. Entregue su formulario o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.