

All requests are subject to GPISD approval and provision based on policy and procedure

All Sections must be completely filled out for this form to be accepted.

\*Indicates required field.

SCHOOL YEAR: \_\_\_\_\_

**A. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT / LEGAL GUARDIAN**

\*Student Last Name: \_\_\_\_\_ \*First Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**B. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN / PRESCRIBING MEDICAL AUTHORITY**

\*Does the child have a disability and/or anaphylactic/life-threatening food allergy? YES NO

\*If YES, please describe the major life activities affected by the disability: \_\_\_\_\_

\***MEDICAL DIAGNOSIS:** \_\_\_\_\_

**ACCOMMODATIONS NEEDED** Lactose Free milk or Soy Milk is the standard substitution when Fluid Dairy Milk please prescribe under Substitutions ^

No Fluid Dairy Milk^ No Dairy Products (yogurt, cheese, etc.) No Milk Protein/Milk Ingredients (in baked goods, etc.)

No Whole Eggs No Eggs as an ingredient

No Wheat/Gluten No Soy ingredients

No Peanuts No Tree Nuts No foods processed in a facility that contains nuts No Seafood

Other (Please list) \_\_\_\_\_

Extremely Thick (Level 4) Pureed (Level 4)

**III. Supplement NONE**

NPO Supplement to accompany oral diet

Boost Kid Essentials 1.5 Pediasure Pediasure with Fiber Pediasure with Fiber 1.5 Pediasure Enteral with Fiber 1.0

Other: \_\_\_\_\_

Dosage Per Meal (REQUIRED): \_\_\_Breakfast \_\_\_Lunch \_\_\_After School Supper

**IV. Therapeutic Diet Order** Please provide specific

C. THIS SECTION TO BE COMPLETED BY LICENSED

Fecha: \_\_\_\_\_

No se aceptará el formulario si no se han llenado todas las secciones. El \* indica dato requerido.

Ciclo escolar: \_\_\_\_\_

**A. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE O TUTOR**

\*Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_/\_\_/\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Padre o

tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

C. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

MD DO NP PA

\*Firma del doctor o autoridad médica

Fecha

\*Nombre del doctor o autoridad médica

Teléfono

Fax

Domicilio

Page 2 of 2

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sex, edad o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 744-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.