

**MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS**

☐ **New Request** ☐ **Change/Modify Existing Request** ☐ **Discontinue Request**

PART 1: GENERAL INFORMATION - COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

I understand as a parent, that it is my duty to update this form **any time there is a change or discontinuation of dietary needs** and to give to the school nurse. I give Broward County Public Schools FNS permission to speak with the state licensed healthcare professional to discuss dietary needs as ordered.

X _____ PARENT/GUARDIAN SIGNATURE		_____ DATE	_____ CONTACT NUMBER OF PARENT/GUARDIAN
Student First and Last Name		State licensed healthcare professional may assist parent/guardian in completing this section.	
Student Date of Birth		Lactose Intolerance ☐ No Yogurt due to Lactose Intolerance ☐ No Cheese due to Lactose Intolerance ☐ No Fluid Dairy Milk due to Lactose Intolerance Offer instead: ☐ Lactose Free Cow's Milk ☐ Water ☐ Soy Milk	
Name of School/Center		Religious/Cultural Beliefs Food Restrictions ☐ No Pork ☐ Other: (Please Print) _____	
Name of Parent/Guardian			

PART 2: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL**Section A: Student with Medical Disability/Life-Threatening**

Does the student have a disability which restricts the student's diet? ☐ Yes* ☐ No

***If Yes**, describe or state the student's **disability** or **diagnosis**. Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability: _____

Food Allergy: Student has food allergies that **ARE** life threatening/anaphylactic: ☐ Yes, continue with this section.
☐ No, refer to section B.

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk
☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional **Food** Allergies: (Please print) _____

Section B: Student with NO Medical Disability/Non-Life-Threatening

Student has allergies/intolerances that are NOT life-threatening/anaphylactic:

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk
☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print) _____

Indicate Food Texture for Above Student: ☐ Regular ☐ Pureed

PART 3: SIGNATURE – COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL

Printed Name of State Licensed Medical Professional	Title: ☐ Physician	☐ Physician Assistant	☐ Nurse Practitioner (ARNP)
Signature of State Licensed Medical Professional	Date Signed		
Medical Office Address	Medical Office Phone Number		

VALID FOR ONE YEAR FROM THIS DATE

Presentarlo anualmente. Válido por 1 año. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades. ¿Preguntas? Llame al 754-321-0215.



CERTIFICADO MÉDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y / O ADAPTACIONES

INSTRUCCIONES

El padre o tutor debe completar la Parte 1. **Un profesional de la salud con licencia estatal** autorizado a prescribir recetas según la ley del estado debe completar **las Partes 2 y 3**. En Florida, esto incluye un(a) médico(a), asistente médico o enfermero(a) especializado(a) (ARNP).

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL - EL PADRE / TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

1. **Firma del padre/tutor:** Leer la declaración de responsabilidad. Luego, firmar, fechar y escribir el número de teléfono del padre/tutor que solicita la comida especial y/o adaptaciones del estudiante/participante.
2. **Nombre y apellido del estudiante:** Escribir el nombre del estudiante que está solicitando una comida especial y / o adaptaciones.
3. **Fecha de nacimiento:** Escribir la fecha en que el/la estudiante nació.
4. **Nombre de la escuela/centro:** Escribir el nombre del lugar donde el/la estudiante va a comer.
5. **Nombre del padre o tutor:** Escribir el nombre de la persona que firmó la declaración de responsabilidad.
6. **Intolerancia a la lactosa:** Revisar todos los alimentos que contengan lactosa que el estudiante no debe comer. También, asegurarse de las bebidas que el/la estudiante *puede* tomar.
7. **Restricciones alimentarias por creencias religiosas/culturales:** Marcar todo lo que corresponda. Incluir cualquier alimento adicional que el/la estudiante no puede consumir debido a creencias religiosas o culturales.

PARTE 2: ALERGIAS - UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Sección A: Completar esta sección si el/la estudiante tiene una discapacidad física que **PONE** en peligro su vida

8. **¿Tiene el/la estudiante una discapacidad?:** Marcar Sí o No
 - a. *"Estudiante con una discapacidad"* se define como todo estudiante que tiene un **impedimento físico o mental** que limita sustancialmente una o más **actividades importantes de la vida**, tiene constancia de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.
 - b. *"Un impedimento físico o mental"* significa (a) cualquier trastorno o padecimiento fisiológico, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: Neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hematopoyético y linfático; dermatológico; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.
 - c. Las *"actividades principales de la vida"* incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar peso, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.
 - d. *"Tiene constancia de tal impedimento"* se define como tener un historial o haber sido clasificado (o clasificado erróneamente) por tener un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida.
9. **Discapacidad/Diagnóstico:** Describir o indicar la discapacidad o el diagnóstico de el/la estudiante y explicar por qué su dieta es limitada y enumerar las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad.
10. **Alergia alimentaria:** Marcar Sí o No para indicar si el/la estudiante padece una alergia alimentaria que pone en peligro su vida. Si es así, continuar en la Sección A. Si no, dirigirse a la Sección B.
11. **Alergia a la leche/productos lácteos:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer. Revisar las bebidas que el/la estudiante puede tomar.
12. **Alergia al huevo:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer.
13. **Alergia a la soya:** Marcar si corresponde.
14. **Otras alergias alimentarias:** Escribir otros alérgenos **alimentarios** que ponen en peligro la vida de el/la estudiante por causarle alergia (como, el maní, la nuez de árbol, el trigo, el pescado, los mariscos, la semilla de sésamo, etc.).
15. **Indique la textura:** Si el/la estudiante o participante no necesita ninguna adaptación, marcar "Regular"

Sección B: Completar esta sección si el estudiante **NO** tiene una discapacidad médica/alergia/ o intolerancia alimentaria que ponga su vida en peligro.

16. **Alergia a la leche/productos lácteos:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer. Revisar las bebidas que el/la estudiante puede tomar.
17. **Alergia al huevo:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer.
18. **Alergia a la soya:** Marcar si corresponde.
19. **Otras alergias alimentarias:** Escribir otros alérgenos **alimentarios** que ponen en peligro la vida debido a reacción alérgica (como, el maní, la nuez de árbol, el trigo, el pescado, los mariscos, la semilla de sésamo, etc.).

PARTE 3:

20. **Escribir el nombre del profesional médico con licencia estatal:** Escribir el nombre del profesional médico con licencia estatal que supervisa el cuidado del estudiante.
21. **Título:** Marcar el casillero que describe las credenciales del profesional médico con licencia.
22. **Firma del profesional de salud con licencia estatal:** Firmar la solicitud de la comida especial o adaptaciones.
23. **Fecha de firma:** Cuando el profesional de la salud con licencia estatal firma el formulario.
24. **Nombre del consultorio médico:** Escribir el nombre del consultorio donde el estudiante recibe atención del profesional médico con licencia estatal.
25. **Dirección del consultorio médico:** Dirección de la oficina del profesional médico con licencia estatal / lugar de trabajo.
26. **Número de teléfono del consultorio médico:** El número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal.

Presentarlo anualmente. Válido por 1 año. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades. ¿Preguntas? Llame al 754-321-0215.