

Request for Dietary Accommodation -Austin Independent School District
Solicitud para Acomodaciones Dietéticos- Distrito Escolar Independiente Austin

Instructions: Parent or Guardian completes PART A. Physician completes PART B. School Nurse completes PART C. Nurse to keep a copy. Make copy for cafeteria or scan and e-mail to cafeteria. Cafeteria will contact Area Supervisor. Parent or Guardian and School Nurse will be notified after request is evaluated. Form is required annually.

Instrucciones: Padre o Tutor completa PARTE A. El Médico completa PARTE B.

Enfermera Escolar completa PARTE C. Padre o Tutor y Enfermera de la escuela serán notificados después de evaluar la solicitud. Se requiere la forma anualmente.

PART A / PARTE A		
Student's Name (<i>Nombre del estudiante</i>):		Age (<i>Edad</i>):
		Student ID (<i>Identificación del estudiante</i>):
School (<i>Escuela</i>):	Grade (<i>Grado</i>):	Classroom (<i>Salón</i>):
Printed Parent or Guardian's Name (<i>Nombre de impresa del Padre o Tutor</i>):		E-mail (<i>Dirección Electrónica</i>):
		Phone (<i>Teléfono</i>):
PART B / PARTE B		
Physician licensed to practice medicine in the state of Texas is required to complete PART B and sign. <i>Se requiere un médico con licencia de ejercer la medicina en el estado de Texas para completar la Parte B</i>		
1. Does the Child have a disability recognized by the American's with Disability Act (ADA)? <i>¿El niño tiene una discapacidad reconocida por la ley de discapacidad (ADA)?</i>	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>
If No, skip to Question # 3 <i>Si la respuesta es NO, pase a la pregunta #3.</i>		
2. If YES, please identify the disability and describe the major life activities affected by the disability. <i>En caso afirmativo, favor de identificar la discapacidad y describe las actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad.</i>		
3. If the Child does not have a disability, does the child have a food allergy or intolerance that results in an anaphylactic reaction when exposed to the food (s) to which they have problems? <i>Si el niño no tiene una discapacidad, ¿el niño tiene una alergia o intolerancia alimentaria que da lugar a una reacción anafiláctica cuando se expone a la comida a la que tiene problemas?</i>	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>
4. If the answer to Questions 1 or 3 is YES, please check the following that affect the child. <i>Si la respuesta a las preguntas 1 o 3 es en lo afirmativo, favor de marcar lo que afecta al niño.</i>		
<input type="checkbox"/> Dairy <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Egg White <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Nut(s) <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> PKU <i>Lácteos Huevos Clara de huevos Gluten Nuez Soya PKU</i>		
Other <i>Otros</i> : _____		
Any additional information <i>Información adicional</i> :		
5. For food texture modification. List the foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner, indicate "all". <i>Para modificar la textura de los alimentos. Enumera los alimentos que necesitan el siguiente cambio en la textura. Si todos los alimentos deben estar preparados de esta manera, indica "todos"</i>		
(a) Cut up or chopped into bite size pieces. <i>Cortar o picar en trozos pequeños.</i> _____		
(b) Finely ground. <i>Molido finamente.</i> _____		
(c) Pureed or Blended. <i>En puré o mezclado.</i> _____		
6. Indicate any other comments about the child's eating or feeding patterns. <i>Indique cualquier otro comentario acerca los patrones de alimentación del niño.</i>		
_____ Licensed physician's printed or stamped name		Office Phone: _____ Office Fax: _____
_____ Licensed physician's signature		_____ Date

PART C / PARTE C

School Nurse <i>Enfermera de escuela:</i>	Phone:	
7. Does the Child have "Individualized Health Care Plan" (IHCP). <i>¿Tiene el niño un "Plan de Salud Individualizado" (IHCP)?</i>	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>
8. Does the Child have a 504 Plan? <i>¿El niño tiene un Plan 504?</i>	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>