

FORM A. Medical Statement for Students with Allergies/Chronic Diseases
FORMA A: Declaración médica para los participantes con enfermedades alergias, crónica
 Enterprise Elementary School District

Parents or medical personnel may complete this form (dietician, speech pathologist, and occupational therapist), but a physician or other recognized medical authority must sign in agreement as to what is written. For the purposes of this program, a "recognized medical authority" means a licensed physician, nurse, or physician's assistant.

Padres o personal médico pueden completar este formulario (dietista, especialista en lenguaje y terapeuta ocupacional), pero un médico o autoridad médica debe firmar como certificación de lo escrito. Para los efectos de este programa, una "autoridad médica reconocida" significa un médico con licencia, enfermera o asistente médico.

| | |
|---|-----------------------|
| School <i>Escuela</i> | Phone <i>Teléfono</i> |
| Contact Person <i>Persona de contacto</i> | Fax <i>Fax</i> |

| | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------|
| Student's Name <i>El nombre del estudiante</i> | Birth Date <i>Fecha de nacimiento</i> | |
| Student's age <i>La edad del estudiante</i> | Grade <i>Grado</i> | Teacher <i>Maestro</i> |
| Parent-Guardian Name <i>Nombre del Padre-Tutor</i> | Phone <i>Teléfono</i> | Address <i>Dirección</i> |

(CIRCLE ANSWER)

| | |
|---|----------------------------|
| Does the student have a disability? <i>¿El estudiante tiene una discapacidad?</i> If yes, describe the major life activities affected by the disability. <i>En caso afirmativo, describir las actividades principales de la vida afectadas por la discapacidad.</i> | Yes <i>Sí</i> No <i>No</i> |
|---|----------------------------|

| | |
|---|----------------------------|
| Does the student have special nutritional or feeding needs? <i>¿El estudiante tiene necesidades especiales de nutrición o alimentación?</i> If yes, complete form and have your physician sign it. <i>En caso afirmativo, complete el formulario y pídale a su médico que lo firme.</i> | Yes <i>Sí</i> No <i>No</i> |
|---|----------------------------|

| | |
|---|----------------------------|
| If the student is not disabled, does s/he have special nutritional or feeding needs? <i>¿Si el estudiante no está deshabilitado, él/ella tiene necesidades especiales de nutrición o alimentación?</i> If yes, complete this form and have it signed by the appropriate medical authority. <i>En caso afirmativo, complete el formulario y pídale a su médico que lo firme</i> | Yes <i>Sí</i> No <i>No</i> |
|---|----------------------------|

| |
|---|
| List or attach any dietary restriction, special diet, food intolerance, and/or allergies. <i>Escriba o agregue cualquier restricción dietética, dieta especial, intolerancias alimentarias y alergias.</i> |
|---|

| |
|--|
| List or attach any substitution foods recommended. <i>Escriba o agregue cualquier alimento de sustitución recomendado.</i> |
|--|

| |
|---|
| List any special equipment or utensils needed. <i>Lista de equipo especial o utensilios necesarios.</i> |
|---|

| |
|--|
| Comments regarding the student's eating or feeding patterns and requirements. <i>Comentarios sobre los hábitos alimenticios del estudiante o patrones de alimentación.</i> |
|--|

School meal menus will be faxed to the appropriate medical authority for modification if necessary. Please call the school STUDENT SERVICES CLERK or HEALTH CLERK to request this service. *Los menús de la escuela serán enviados por fax a la autoridad médica correspondiente para la modificación si es necesario. Por favor llame a la escuela para solicitar este servicio.*

| | |
|---|-------------------|
| Signature of Parent-Guardian <i>Firma del Padre-Tutor</i> | Date <i>Fecha</i> |
|---|-------------------|

| | |
|---|-------------------|
| Physician/Medical Authority Signature <i>Firma del Doctor</i> | Date <i>Fecha</i> |
|---|-------------------|

| | |
|---|--|
| Physician name printed <i>Nombre del Doctor</i> | Phys. Office Phone Number <i>Teléfono del Doctor</i> |
|---|--|