

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE FREDERICK

Servicios de Alimentación y Nutrición
FORMULARIO DE ALERGIA Y SENSIBILIDAD ALIMENTARIA
Declaración del proveedor de atención médica

Si su hijo tiene una alergia o sensibilidad alimentaria documentada, debe proporcionar este formulario con una declaración firmada por un proveedor de atención médica al comienzo de cada año escolar.
Este formulario solo es válido para el año escolar actual.

AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

<u>Nombre de la escuela:</u>		<u>Año escolar:</u>
<u>Nombre del estudiante:</u> <u>Grado:</u>		<u>Fecha de nacimiento:</u>
<u>Alergia o sensibilidad alimentaria del estudiante:</u>		
<u>¿Por qué la alergia o la sensibilidad restringen la dieta?</u>		
<u>Alimento(s) específico(s) que deben omitirse/excluir de la dieta:</u>		
<u>Sustituciones de alimentos sugeridas:</u>		
<u>Nombre/título del proveedor de atención médica: (escriba a máquina o a mano)</u>		<u>Sello del proveedor de atención médica</u>
<u>Teléfono:</u>	<u>Fax:</u>	
<u>Dirección:</u>		
<u>Firma del proveedor de atención médica:</u>	<u>Fecha:</u>	

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

<u>Firma del padre/tutor:</u>	<u>Fecha:</u>
<u>Escriba su Nombre:</u>	<u>Teléfono de celular:</u>
<u>Teléfono de casa/residencial:</u>	<u>Correo electrónico:</u>

***Los servicios de alimentos escolares no están obligados a proporcionar sustituciones o modificaciones de alimentos fuera de los alimentos disponibles por los servicios de alimentos para niños con necesidades dietéticas especiales certificadas médicamente que no pueden comer comidas regulares según lo preparado.**

Para cualquier pregunta, puede comunicarse con los Servicios de Alimentos y Nutrición al 301-644-5061.

Por favor, devuelva este formulario a la SALA DE ENFERMERÍA al finalizar.