



2714 Startup Rd, Fort Worth, To 76119
(817) 457-0608

Plan de Emergencia de Alergia Alimentaria

Este plan debe ser firmado y fechado por el proveedor de servicios sanitarios de su hijo

Nombre del niño: _____ Date of Birth:

Doctor:

Dirección:

Teléfono: _____ Fax:

Por favor, rellene un formulario para EAC conocido como Alergia Alimentaria

El niño alimentario es alérgico a:

Posibles síntomas si se exponen a este alimento:

Medidas específicas para tomar si el niño tiene una reacción alérgica a este alimento:

Al firmar a continuación, el padre/guardián de este niño autoriza a MA a publicar el niño alergia alimentaria en las áreas de alimentación y preparación.

Doctor Signature: _____ Fecha:

Parent/Guardian Firma: _____ Fecha:

fecha:

Depósito de la Oficina de Médicos: