

Patient Name: _____
Medicaid ID#: _____



Comprehensive Therapy Services

Speech Therapy • Occupational Therapy • Physical Therapy

Patient Name / Nombre del Paciente: _____

Dear Parents / Estimados Padres:

We occasionally engage in food tasks during the therapy sessions. Our policy requires that the parents provide the food for therapy (the therapist will let you know if food is needed). There are times, however, where CTS may provide food to your child such as holidays and for treats for a job well done. With this in mind, please let us know if your child has any food allergies, special diets, or if there are items you do not want your child to have as we want to comply with rules you set for your child. If you do not want your child fed at all during therapy sessions, then please mark the appropriate choice below.

Ocasionalmente, utilizamos comida durante las sesiones de terapia. Nuestra poliza requiere que los padres traigan la comida para la terapia (la terapeuta les notificarán cuando se requiere el uso de la comida). Sin embargo, CTS puede ofrecer comida a su hijo/a en los casos de días festivos ó premios para un trabajo bien hecho. Por favor, déjanos saber si su hijo/a tiene alguna alergia a la comida, dietas especiales, ó si hay algunos alimentos que no quiere que tenga su hijo/a porque queremos seguir las reglas que Ud. pone para su hijo/a. Si Ud. no quiere que le demos alimentos a su hijo/a ninguna vez durante una sesión de terapia, por favor, indíquelo en la categoría apropiada abajo.

_____ **I do not want** CTS to provide any food/treats to my child
Yo **no quiero** que CTS le dé cualquier alimento/premio a mi hijo/a.

_____ **I only want** food/treats given to my child that I provide
Yo solamente quiero que mi hijo/a reciba alimentos/premios que he traído.

_____ **CTS may provide** food/treats to my child
CTS puede dar alimentos/premios a mi hijo/a.

My child is allergic to / Mi hijo/a esta alergico/a a: _____

I do not want the following items offered to my child / No quiero que ofrezcan estos artículos a mi hijo/a: _____

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Guardian Legal

Date
Fecha