

**Milk Substitute Request
Participants without Disabilities**

Part I To be completed by Sponsor, Parent/Guardian or Adult Participant

Parte I Debe ser completado por el patrocinador, padre o tutor o adulto participante

Nombre del participante: _____

Part II Substitution

To be completed by the Parent/Guardian or Adult Participant or a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Nurse (RN) or a Registered Dietitian (RD).

Parte II Sustitución

Debe ser completado por el padre o tutor o adulto participante o de profesional médico licenciado por el estado y autorizado para prescribir recetas médicas bajo la ley estatal* o una enfermera registrada (RN) o un dietista registrado (RD).

Lista de alimentos para omitir de la dieta:

Leche líquida

Lista de alimentos para sustituir:

Sustituto de la leche con equivalentes de nutrición

Necesidades médicas u otras necesidades dietéticas para la sustitución:

Nombre del padre o tutor, adulto participante o profesional médico licenciado por el estado
(Escriba con claridad)

Firma del padre o tutor, adulto participante o profesional de la salud licenciado por el estado

Fecha _____

*Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician's Assistant (PA); Certified nurse practitioner or clinical nurse specialist; Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD)

* Doctores en medicina (MD); Doctores en osteopatía (DO); Doctores en naturopatía (ND); Asistente médico (PA); Enfermero(a) certificado o enfermero(a) clínica especialista; Doctor en medicina dental (DMD); Doctor en cirugía dental (DDS); Doctor en optometría (OD)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Diciembre de 2015