

**Solicitud Para Sustituir la Leche  
Participantes sin Discapacidad**

**Parte I** Para ser completado por el patrocinador, padre/tutor o participante adulto

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

**Parte II** Sustitución

Para ser completado por el padre/tutor o participante adulto o un profesional de la salud con licencia estatal que esté autorizado para escribir recetas médicas según la ley estatal\* o una enfermera registrada (RN) o un dietista registrado (RD).

Lista de alimentos a omitir de la dieta:

\_\_\_\_\_ Leche fluida liquida \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de alimentos a sustituir:

\_\_\_\_\_ Sustituto de leche nutricionalmente equivalente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necesidad médica o dietética de sustitución:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor, participante adulto o profesional de la salud autorizado por el  
estado  
(Imprime claramente)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor, participante adulto o profesional de la salud autorizado por el estado

Fecha \_\_\_\_\_

\*Médicos Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); doctores de Naturopatía (ND); asistente médico (PA); Enfermero certificado o especialista en enfermería clínica; Doctor en Medicina Dental (DMD); Doctor en Cirugía Dental (DDS); Doctor en Optometría (OD)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Diciembre 2015