Milk Substitute Request
Participants without Disabilities

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

Name of Participant: _____

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).

List food to be omitted from diet:

_____Fluid Milk_____

_____

List food to be substituted:

_Nutritionally Equivalent Milk Substitute_____

_____

Medical or other dietary need for substitution:

_____

_____

_____

Name of Parent/Guardian, Adult Participant or State licensed health care professional
(Print Clearly)

_____

Signature of Parent/Guardian, Adult Participant or State licensed health care professional

Date _____

*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)

This institution is an equal opportunity provider.

December 2015

Solicitud de sustituto de leche
Participantes sin discapacidades

Parte I A ser completada por el patrocinador, padre/tutor o participante adulto

Nombre del participante: _____

Sustitución de la Parte II Para ser completada por el padre/tutor o el participante adulto o un profesional de atención médica con licencia estatal que esté autorizado a emitir recetas médicas según la ley estatal* o una enfermera registrada (RN) o un dietista registrado (RD).

Enumere los alimentos que se omitirán de la dieta:

__Leche Liquida_____

_____

Enumere los alimentos que se sustituirán:

_Sustituto de leche nutricionalmente equivalente_____

_____

Necesidad médica o dietética de sustitución:

_____
_____

_____

Nombre del padre/tutor, participante adulto o Profesional de atención médica con licencia estatal

(Imprime claramente)

_____

Firma del padre/tutor, participante adulto o Profesional de atención médica con licencia estatal

Fecha _____

*Médicos Doctores en Medicina (MD); Médicos en Osteopatía (DO); doctores de Naturopatía (ND); Asistente Médico (PA); Enfermero practicante 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.