

Solicitud Para sustituir leche

Participantes sin Discapacidad

Parte I A ser completada por padrino, Padre/Guardián o Adulto Participante

Nombre del Participante: _____

Parte II Sustitución

A ser completada por Padrino, Padre/Guardián o Adulto Participante o un Profesional Médico con Licencia Estatal autorizado para escribir recetas médicas bajo las Leyes Estatales* o Enfermera Registrada (RN) o Dietético Registrado (RD).

Lista de alimentos a ser omitidos de la dieta:

Lista de alimentos a ser sustituidos:

Necesidad médica u otra necesidad dietética para sustituir:

Nombre de Padre/Guardián, Adulto Participante o Profesional Médico con Licencia Estatal
(Imprimir Claramente)

Nombre de Padre/Guardián, Adulto Participante o Profesional Médico con Licencia Estatal

Fecha _____

*Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); Doctores en Neuropatía (ND); Asistente de Médico (PA); Enfermera profesional certificada o especialista en enfermería clínica; Doctor en Medicina Dental (DMD); Doctor en Cirugía Dental (DDS); Doctor en Optometría (OD)

Esta es una Institución que provee oportunidades igualitarias.

Diciembre 2015