

**Milk Substitute Request
Participants without Disabilities**

Part I To be completed by Sponsor, Parent/Guardian or Adult Participant
Parte I Para ser completada por el patrocinador, padre/tutor o adulto participante

Nombre del participante: _____

Parte II Substitution

Parte II Sustitución

Para ser completado por el Padre/Tutor, el Participante Adulto o una de las siguientes autoridades médicas reconocidas: Doctores en Medicina (MD), Doctores en Osteopatía (DO), Médicos Asistentes (PA), Dietistas Registrados (RD), Enfermeras Practicantes (NP), Enfermeras Registradas (RN), Médicos Naturistas (ND), y Doctores Naturistas en Osteopatía (OND).

Lista de alimentos que se deben omitir de la dieta:

Leche líquida _____

Lista de alimentos que se deben sustituir:

Sustituto de leche con valor nutricional equivalente _____

Necesidad médica o dietética para la sustitución:

Nombre del padre/tutor, Participante Adulto o Autoridad Médica Reconocida
(escribir claramente)

Firma del padre/tutor, Participante Adulto o Autoridad Médica Reconocida

Fecha _____