

**Milk Substitute Request  
Participants without Disabilities**

**Part 1** 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: \_\_\_\_\_

Nombre de proveedora de cuidado: \_\_\_\_\_

**Part 2** 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):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8th Continent Soy Milk (plain)              | <input type="checkbox"/> Kirkland Organic Soy Milk<br>(plain & original) |
| <input type="checkbox"/> Pacific Soy Ultra (plain)                   | <input type="checkbox"/> Walmart Great Value Soy Milk (original)         |
| <input type="checkbox"/> Sunrich Natural Organic Soy Milk<br>(plain) | <input type="checkbox"/> Silk Original Soy Milk (original only)          |

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 \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades