

Declaración Medical
Participantes con Discapacidades

Parte I Debe ser completado por el Patrocinador o Padre/Tutor

Nombre de Participante: _____

Parte II Debe ser completado solo por un profesional médico quien es licenciado y es autorizado de escribe recetas médicas de bajo las leyes estatales*.

Diagnostico (incluye una descripción médica de la discapacidad del paciente y la actividad mayor o la función mayor del cuerpo afectado por la discapacidad):

La discapacidad restringe la dieta del paciente? Si _____ No _____
Si marco Si, apunte como la discapacidad limita su dieta:

Plan de Dieta:

Comidas que se pueden omitir de la dieta:

Comidas para substituir: (incluye modificaciones de textura o regularidad que pueden ser necesario):

Firma de Autoridad Medica: _____ Fecha _____

* Doctores de Medicina (MD); Doctores de Osteopatía (DO); Doctores de Neuropatía (ND); Asociado Medico (PA); Enfermera Autorizada de expender recetas médicas, Especialista en Enfermería Clínica; Doctor de Medicina Dental (DMD); Doctor de Cirujano Dental (DDS); Doctor de Optometría (OD)