

**Declaración Medical**  
**Participantes sin Discapacidades**

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

Nombre de Participante: _____
-------------------------------

**Parte II** Debe ser completado por un Autoridad Medico quien es autorizado de escribir recetas médicas debajo las leyes Estatales\* o una Nutricionista Registrada (RD).

Diagnosis (incluye la descripción médica e otras necesidades especiales que restringen la dieta del paciente.) _____ _____ _____ _____
Lista de comidas que se pueden omitir de la dieta: _____ _____ _____ _____ _____
Lista de comidas que se pueden substituir: _____ _____ _____ _____ _____
Firma de Autoridad Médica o Nutricionista Registrada:  _____ 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)

USDA y esta institución son empleadores y proveedores que ofrecen igualdad de oportunidades..