

**Medical Statement
Participants with Disabilities**

Phần I Do Nhà Tài Trợ hoặc Cha Mẹ/Người Giám Hộ điền
Part I To be completed by Sponsor or Parent/Guardian

Tên người tham gia: _____

Phần II Được hoàn tất *chỉ* bởi chuyên viên y tế có giấy phép được ủy quyền để kê toa thuốc theo luật của tiểu bang*
Part II To be completed *only* by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law*

Diagnosis (include description of the patient's disability and the major life activity or major bodily function affected by the disability):

Does the disability restrict the patient's diet? Yes _____ No _____
If yes, list how disability restricts diet:

Diet Plan:

Foods to be omitted from diet:

Foods to be substituted (include modifications of texture or consistency that may be necessary):

Date: _____ Signature of Licensed Physician: _____

*Bác Sĩ Y Khoa (MD); Bác Sĩ Chỉnh Xương (DO); Bác Sĩ Dùng Liệu Pháp Thiên Nhiên (ND); Trợ Lý Của Bác Sĩ (PA); Y Tá Được Chứng Nhận Hoặc Chuyên Viên Y Tá Ở Dưỡng Đường; Bác Sĩ Nha Khoa (DMD); Bác Sĩ Phẫu Thuật Nha Khoa (DDS); Bác Sĩ Về Mắt (OD)
*Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician's Assistant (PA); Certified nurse practitioner or clinical nurse specialist; Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD)

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.