

**Medical Statement
Participants without 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 của Người Tham Gia: _____

Phần II Được hoàn tất bởi chuyên viên y tế có giấy phép được ủy quyền để kê toa thuốc theo luật của tiểu bang* hoặc một y tá đã được đăng ký (RN) hoặc Chuyên Gia Dinh Dưỡng Có Đăng Ký (RD).

Part II To be completed by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Nurse (RN) or a Registered Dietitian (RD).

Diagnosis (include description of the patient's medical or other special dietary needs that restrict the patient's diet)

List foods to be omitted from diet:

List foods to be substituted:

Date _____ Signature of Medical Authority _____

*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.