

# Certification of Chronic Medical Condition

Optional Form for California Licensed MD/DO/NP/PA

**Certificación de Condición Médica Crónica** – Formulario opcional para proveedores médicos con licencia en California

STUDENT NAME (Last, First, Middle)	DATE OF BIRTH
------------------------------------	---------------

## Certification of chronic symptoms

I certify that this child has a physical or medical condition, specified below, with the following chronic symptoms that are unrelated to COVID-19, and recognize that a school health professional may call me for clarification or information about best management of this condition during the school day.

**Certificación de síntomas crónicos** - Certifico que este menor tiene una condición física o médica, especificada a continuación, con los siguientes síntomas crónicos que no están relacionados con COVID-19, y reconozco que un profesional de salud de la escuela puede llamarme para aclaraciones o información sobre el mejor manejo de esta condición durante el día escolar.

### Recurrent or chronic symptoms/ Síntomas recurrentes o crónicos:

Sign/Symptom(s) <i>Síntoma(s)</i>	Diagnosis and description of physical/medical condition(s) causing these symptoms. Cite any abnormal labs, x-rays etc. <i>Diagnóstico y descripción de las afecciones físicas/médicas que causan los síntomas. Citar análisis anormales, radiografías, etc.</i>	Year / Date Diagnosed <i>Año/Fecha de Diagnosis</i>
Cough/tos		
Nasal Congestion/rhinorrhea congestion nasal/moqueo		
Nausea/Vomiting/diarrhea nausea/vomito/diarrea		
Rash/sarpullido		
Fatigue/fatiga		
Loss of taste/smell perdida del olfato o del gusto		
Headache/dolor de cabeza		
muscle/body ache dolor muscular/del cuerpo		
poor feeding or appetite poco comer/falta de apetito		
Other: describe Otro: describir		

### Current treatment for above medical condition(s) *Tratamiento actual para condición médica mencionada anteriormente*

Licensed provider's <b>Printed</b> name, address, <u>telephone &amp; fax number</u> :  	Signature: _____  Please check: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA  License Number: _____ Date: _____
---	---

Revised: March 2023