

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

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 Diagnósis</i>
<input type="checkbox"/> Cough / <i>tos</i>		
<input type="checkbox"/> Nasal congestion/rhinorrhea <i>congestión nasal/moqueo</i>		
<input type="checkbox"/> Nausea/vomiting/diarrhea <i>nausea/vomito/diarrea</i>		
<input type="checkbox"/> Rash / <i>sarpullido</i>		
<input type="checkbox"/> Fatigue / <i>fatiga</i>		
<input type="checkbox"/> Loss of taste/smell <i>pérdida del olfato o del gusto</i>		
<input type="checkbox"/> Headache / <i>dolor de cabeza</i>		
<input type="checkbox"/> Muscle/body aches <i>dolor muscular/del cuerpo</i>		
<input type="checkbox"/> Poor feeding/appetite <i>poco comer/falta de apetito</i>		
<input type="checkbox"/> OTHER: describe <i>OTRO: describir</i>		

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

Licensed provider's **Printed** name, address, telephone & fax number:

Signature: _____

Please check: MD DO NP PA

License Number: _____

Date: _____