

# 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>
<input type="checkbox"/> Cough / tos		
<input type="checkbox"/> Nasal congestion/rhinorrhea <i>congestión nasal/moqueo</i>		
<input type="checkbox"/> Nausea/vomiting/diarrea <i>nausea/vomito/diarrea</i>		
<input type="checkbox"/> Rash / sarpullido		
<input type="checkbox"/> Fatigue / fatiga		
<input type="checkbox"/> Loss of taste/smell <i>pérdida del olfato o del gusto</i>		
<input type="checkbox"/> Headache / dolor de cabeza		
<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 -*

---



---

**When this patient presents with symptoms of this chronic condition, would you like to assess and approve of school attendance first (to rule out COVID-19, for example) before the student resumes school attendance?**

*Quando el paciente presente síntomas de esta condición crónica, ¿le gustaría evaluar y aprobar la asistencia a la escuela primero (para descartar COVID-19, por ejemplo) antes de que el estudiante reanude la asistencia a la escuela?*

Yes     No    Comments \_\_\_\_\_

**Additional comments:** \_\_\_\_\_

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

Signature: \_\_\_\_\_

Please check:     MD     DO     NP     PA

License Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_