**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)** *Síntoma(s)* | **Diagnosis and description of physical/medical condition(s) causing these symptoms. Cite any abnormal labs, x-rays etc.**  *Diagnóstico y descripción de las afecciones físicas/médicas que causan los síntomas. Citar análisis anormales, radiografías, etc****.*** | **Year / Date Diagnosed**  *Año/Fecha de Diagnosis* |
| □ Cough / *tos* |  |  |
| □ Nasal congestion/rhinorrhea *congestión nasal/moqueo* |  |  |
| □ Nausea/vomiting/diarrea *nausea/vomito/diarrea* |  |  |
| □ Rash / *sarpullido* |  |  |
| □ Fatigue / *fatiga* |  |  |
| □ Loss of taste/smell *pérdida del olfato o del gusto* |  |  |
| □ Headache / *dolor de cabeza* |  |  |
| □ Muscle/body aches *dolor muscular/del cuerpo* |  |  |
| □ Poor feeding/appetite  *poco comer/falta de apetito* |  |  |
| □ OTHER: describe  *OTRO: describir* |  |  |

**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?***Cuando 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:

Revised: 11/5/2020