

DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO
PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA

I. Identificación del caso:

Núm. Seguro Social Jefe de la Composición Familiar Oficina Regional: _____

Núm. Seguro Social del Encargado del Núcleo de Servicio Oficina Local: _____

Nombre del paciente _____
Núm. Seguro Social del/la Paciente

II. El paciente en referencia:

1. ____ Tiene 60 años o más y recibe tratamiento médico continuo.
2. ____ Está totalmente incapacitado para realizar trabajo que produzca ingresos o tareas propias de su edad, capacidad y preparación. **La incapacidad total es:** ____ permanente ____ temporera hasta ____
(d-m-a)
3. ____ No está totalmente incapacitado, ____ no trabaja, ____ trabaja, ____ estudia, ____ no estudia y padece de una o más de las siguientes **enfermedades terminales:**

____ Cáncer ____ Diabetes Mellitus I

Condiciones Cardiovasculares:

____ Enfermedad Coronaria (CAD)
____ Fallo Cardíaco Congestivo Pulmonar

Condiciones Hepáticas y Renales:

____ Cirrosis Hepática
____ Hepatitis B y C
____ Enfermedad Renal

Condiciones Respiratorias:

____ Tuberculosis Activa (TB)
____ Enfermedad Pulmonar Obstructiva
 Crónica (COPD)
____ Fibrosis Quística

Condiciones Inmunológicas:

____ HIV/SIDA
____ Lupus

Condiciones Neurológicas/Neuromusculares:

____ Mal de Parkinson
____ Distrofia Muscular
____ Esclerosis Múltiple
____ Alzheimer

Condiciones Mentales:

____ Esquizofrenia
____ Psicosis
____ Retardo Mental
____ Síndrome Down
____ Autismo

Otra(s) Enfermedades terminales _____

Recibe tratamiento médico continuo: ____ Sí ____ No

III. El costo del/los medicamentos y las medicinas (si aplica) son cubiertos por: ____ Paciente ____
El Sistema de Salud del Gobierno ____ Seguro médico privado ____ Otro/s: _____

IV. Certifico que la información indicada es correcta y se basa en el expediente clínico del paciente.

Fecha (día-mes-año)

Firma del Médico

Número de Licencia