

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