

ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

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/la Paciente: _____
Núm. Seguro Social del/la Paciente: _____

II. EM/a paciente en referencia:

() Tiene 60 años o más y recibe tratamiento médico continuo.

() Está totalmente incapacitado/a para realizar trabajo que produzca ingresos o tareas propias de su edad, capacidad y preparación. La incapacidad total es: () temporera hasta _____ () permanente.
(d-m-a)

Recibe tratamiento médico continuo: () Sí () No

() No está totalmente incapacitado/a, () no trabaja, () trabaja, () estudia, () no estudia, y padece de una o más de las siguientes enfermedades crónicas o terminales:

- _____ Condición Cardiovascular (enfermedades crónicas del corazón o del sistema circulatorio)
- _____ Tuberculosis Pulmonar Activa
- _____ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV)
- _____ Cáncer
- _____ Esclerosis Múltiple
- _____ Condiciones Neuromusculares (Mal de Parkinson, Distrofia Muscular, etc.)
- _____ Hepatitis C
- _____ Otra(s) Enfermedades crónicas o terminales

Indique: _____

Recibe tratamiento médico continuo: () Sí () No

III. El costo del tratamiento y las medicinas son cubiertos por:

() Paciente () El Sistema de Salud del Gobierno () Otro (s) Indique: _____

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