



Certificación Médica del Estudiante con Condición de Salud Crónica

Nombre del Estudiante	# de Matrícula	Fecha de Nac.	Grado
Nombre del Padre/Tutor		Números de Teléfono	
Correo Electrónico del Padre _____			
Domicilio	Ciudad	Código Postal	
Escuela	Fecha de la Consulta		

La siguiente información debe llenarla un médico autorizado, podíatra, quiropráctico, médico de osteopatía, médico naturalista, asistente del médico, o una enfermera profesional.

Diagnosis _____

Por favor marque – Diagnóstico debido a: Herida Enfermedad crónica

Por favor, ponga su inicial si la condición del estudiante es permanente _____

Identifique las limitaciones que afectan las actividades escolares: _____

Limitaciones de actividad física:

Posiblemente este estudiante no pueda asistir a las clases regulares por períodos intermitentes de uno o más días consecutivos debido a la enfermedad, mal, accidente, o embarazo. Espero que la duración de la asistencia irregular sea de _____, si no permanente. Tiempo de duración

Imprima el Nombre del Proveedor del Cuidado de Salud _____ Título de Licenciatura _____

Firma del Proveedor del Cuidado de Salud _____ Fecha _____