

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

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?

Quando 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, <u>telephone & fax number</u> : |
|---------------------------------------------------------------------------------------|

Signature: _____

Please check: MD DO NP PA

License Number: _____

Date: _____