



**PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL  
CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA**

**I. Identificación del caso:**

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social Jefe de la Composición Familiar

Oficina Regional: \_\_\_\_\_  
Oficina Local: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social del Encargado del Núcleo de Servicio

\_\_\_\_\_  
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/a 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/a, \_\_\_\_ 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 \_\_\_\_ 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