

CERTIFICACION MÉDICA

Información del Paciente

Nombre e Inicial

1er Apellido

2do Apellido

Información del Paciente en Letra de Molde

Mes / Día / Año
Fecha de Nacimiento

Edad

Teléfono Residencial: _____

Teléfono Celular: _____

Diagnóstico, descripción del impedimento o condición incapacitante, todas las condiciones preexistentes y tipo de ayuda recomendada. (favor de no escribir abreviaturas)

¿Padece el paciente alguna enfermedad que hace se encuentre encamado o tiene alguna discapacidad con condición crónica que en cualquiera de estos casos la persona requiere _____ Si* _____ No de equipo médico conectado a la electricidad las 24 horas del día?

*Indique cuál: _____

Información del Médico

Nombre del Médico en Letra de Molde

Número de Licencia

Dirección: _____

Teléfono Consultorio _____

Teléfono Celular: _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTA CERTIFICACIÓN ES CORRECTA Y VERDADERA. LA INFORMACIÓN FUE SUMINISTRADA LIBRE DE COACCIÓN Y VOLUNTARIAMENTE. AUTORIZO AL MUNICIPIO A VERIFICAR TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTA CERTIFICACIÓN. ENTIENDO QUE TODA INFORMACIÓN FALSA PUEDE SER CASTIGABLE BAJO LEY ESTATAL Y FEDERAL.

Firma del Médico

Fecha

Título y/o Especialidad

Sello del Médico

Nota: La información divulgada está protegida por las disposiciones y reglamentos de confidencialidad aplicables y que las mismas prohíben a la persona que recibe la información la divulgue a terceros.

Oficina de Servicios a la Comunidad • Piso 1, Centro de Gobierno #46 Ave. Muñoz Rivera, Trujillo Alto, PR
Tel. (787)761-0172 extensiones 2728 y 2713 • Correo Electrónico: serviciosalacomunidad@trujilloaltopr.net