



COUNTY OF HENRICO DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

P.O. Box 90775
Henrico, VA 23273-0775
Fax: (804)501-4006

Ty F Parr
Director

Verificación Médica

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

NOMBRE DEL MEDICO/DOCTOR: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo la siguiente información al Departamento de Servicios Sociales.

Nombre del paciente de impresión

Firma del paciente

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL MÉDICO SOLAMENTE

Al firmar a continuación, certifico que el paciente estaba en conformidad con una recomendación médica de permanecer en casa, auto-cuarentena, o evitar congregarse con otros durante el estado de emergencia como resultado de:

- a) Uno o más miembros del hogar estaban inmunocomprometidos o tenían una condición de salud grave; o
- b) Uno o más miembros del hogar dieron positivo para la prueba COVID-19, o mostraron síntomas sospechosos de COVID-19 y estaban bajo el cuidado de un médico.

Indicar la duración: _____
Inicio

Final

Nombre impreso de la persona que completa este formulario

Título

Firma de la persona que completa este formulario

Teléfono #