CARTA DE INTOLERANCIA MÉDICA
DE USAR MASCARA PROTECTORA
(MÉDICO/PSIQUIATRA, PSICÓLOGO O ENFERMERO PRACTICANTE)

A quien corresponda:

Re: _____ _____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico que, sobre la base de una evaluación clínica individual que realicé en _____,2020, el paciente mencionado anteriormente es incapaz de tolerar médicamente el uso de cualquier tipo de máscara protectora facial como medida preventiva COVID-19, y si se requiere usar una máscara, dicho paciente estaría en riesgo de sufrir daños médicos graves. Certifico además que soy un doctor médico con licencia (incluido el psiquiatra)] [Psicólogo] [enfermero practicante] (círculo uno).

_____
Nombre del médico, psicólogo o enfermero practicante impreso

_____ _____
Firma Fecha