

REPORTE SOBRE PRUEBAS DE SALUD - PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

Todo el personal, incluyendo al solicitante, persona con licencia o empleados de establecimientos residenciales para el cuidado de ancianos o establecimientos para el cuidado en la comunidad o guarderías infantiles, tiene que demostrar que la condición de su salud le permite desempeñar la clase de trabajo que se requiere. Esta evaluación de salud tiene que ser completada por o bajo la dirección de un médico.

Una prueba de salud, por o bajo la dirección de un médico, tiene que haberse hecho no más de un año antes de empezar a trabajar o antes de que pasaran siete (7) días después de empezar a trabajar.

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | | DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO | |
| NOMBRE DE LA PERSONA | EDAD | | |
| CARGO/PUESTO | CLASE DE ESTABLECIMIENTO | DÍAS DE TRAB. POR SEM. | HORAS DE TRAB. POR DÍA |

DECLARACIÓN DE LOS DEBERES

CLASES DE PERSONAS A QUIENES SE LES PROPORCIONAN SERVICIOS (Marque las categorías apropiadas.)

- Bebés Adultos Con discapacidad de desarrollo Con impedimento físico
 Niños Ancianos Trastornados mentalmente Con adicción a las drogas/alcohol
 Otra (especifique) _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

POR MEDIO DEL PRESENTE, AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE ESTE REPORTE CONTIENE.

FIRMA DEL SOLICITANTE/PERSONA CON LICENCIA O EMPLEADO

DIRECCIÓN

FECHA

SOLO PARA USO DEL MÉDICO

NOTE TO PHYSICIAN: *Personnel in Residential Care Facilities for the Elderly, Community Care or Child Care Facilities shall be free from communicable disease, and capable of performing assigned tasks. Please complete the following information on the above named person.*

EVALUATION OF GENERAL HEALTH

EVALUATION OF ABILITY TO PERFORM WORK DESCRIBED IN THE ABOVE DUTY STATEMENT

NOTE ANY HEALTH CONDITION THAT WOULD CREATE A HAZARD TO THE PERSON, CLIENTS, CHILDREN OR OTHER PERSONNEL

| | | | |
|---|--|----------------------------|------|
| DATE OF T.B. TEST | <input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE | ACTION TAKEN (IF POSITIVE) | |
| DATE OF HEALTH SCREENING | NAME OF PHYSICIAN (PHYSICIAN'S STAMP) | | DATE |
| HEALTH SCREENING BY: (ORIGINAL SIGNATURE) | | TELEPHONE # | DATE |