

**DECLARACIÓN MÉDICA DEL PERSONAL, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR
PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL**

Instrucciones:

- Se requiere una firma en **AMBOS LADOS** de este formulario. Si el **único papel o función es ser miembro del hogar**, complete **solamente** la página del frente.
- Sólo el proveedor de atención de salud (médico, asistente médico, enfermero practicante) puede completar/firmar la sección del Estado Médico.
- **Una enfermero registrado NO está autorizado firmar la sección de condición médica pero PUEDE firmar la información sobre la prueba de tuberculina en el reverso.**
- Un profesional de atención de salud puede usar un formulario equivalente siempre y cuando la información en este formulario esté incluida.
- Vea instrucciones adicionales acerca de la prueba de tuberculina en el reverso de este formulario.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

Certifico que no he falsificado ni he alterado ninguna información contenida en este documento. Soy consciente de que la presentación y/o posesión de documentos falsificados o alterados puede constituir un delito. Además de ser potencialmente sujeto a procesamiento penal, cualquier programa que haya presentado y/o posea tales documentos puede estar sujeto a multas por la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York y/o al rechazo o revocación de una licencia o registro.

Nombre del Programa:	Número de ID del Establecimiento:
Nombre de la Persona:	Fecha de Nacimiento: / /

TIPO DE PROGRAMA:	Cuidado Diurno Familiar, Cuidado Diurno Grupal (o de un Grupo de Niños en Familia), Centro Pequeño de Cuidado Diurno	Centro de Cuidado Diurno Infantil y Cuidado de Niños en Edad Escolar, Programas de Grupo Legalmente Exentos	Todos los Programas
<u>PAPEL o FUNCIÓN:</u>	<input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Sustituto <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Miembro del Hogar (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Maestro de Grupo <input type="checkbox"/> Asistente del Maestro	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario

Tareas típicas de cuidado diurno infantil

- Levantar y cargar a los niños
- Contacto cercano con los niños
- Supervisión directa de los niños
- Conductor de vehículos
- Preparación de la comida
- Trabajo de escritorio
- Mantenimiento del centro o establecimiento
- Evacuación de los niños en emergencia

SÓLO para ser completado por un proveedor de atención de salud

Condición médica

Según mi conocimiento del individuo mencionado anteriormente, yo considero que:			
Él/Ella está actualmente exhibiendo signos o síntomas de una enfermedad transmisible que pondría en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	
Él/Ella ha sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico o emocional que pondría en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	
Él/Ella tiene una condición física que le evitaría proporcionar tareas típicas de cuidado diurno como se describen arriba.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA (solo si el papel es de voluntario o miembro del hogar)
Para cualquier respuesta "Sí", clarifique e/o indique las restricciones:			

Firma (médico, asistente médico, enfermero practicante)

Nombre (escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA o use sello de la oficina)

() -
Teléfono

Título

/ /
Fecha del Examen

/ /
Fecha de la Firma

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DECLARACIÓN MÉDICA DEL PERSONAL, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR
 PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del Programa:
Nombre de la Persona:

Número de ID del Establecimiento:
Fecha de Nacimiento:

Instrucciones:

- Los **miembros del hogar** en un programa basado en un ambiente familiar que no tienen otro papel o función, **no necesitan** una prueba de tuberculina y **no tienen que** completar esta página. Nadie con un papel o función en un programa legalmente exento tiene que completar la prueba de tuberculina.
- Un profesional de atención de salud (médico, asistente médico, enfermero practicante) o un *enfermero registrado como parte de sus responsabilidades en un establecimiento de atención de salud* puede registrar los resultados en la sección de información sobre la prueba de tuberculina y firmar esta página.
- Pruebas aceptables de tuberculina incluyen la prueba de Mantoux u otra prueba de tuberculina federal aprobada.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

————— **SÓLO** para ser completado por un profesional de atención de salud —————

Información sobre la prueba de tuberculina

Prueba completada

Prueba leída el: / /
 (mm / dd / aaaa)

Resultado de la prueba: Positiva Negativa _____

Si es positiva, ¿es riesgoso para la salud y la seguridad de los niños el contacto de esta persona con los niños inscritos en cuidado infantil?

Sí No

La prueba no se ha completado

No se sometió la prueba. Indique la razón: _____

Excepción médica o contraindicación

Si el resultado previo de la prueba fue positivo, indique la fecha: / /
 (mm / dd / aaaa)

Si el resultado previo fue positivo, ¿es riesgoso para la salud y la seguridad de los niños el contacto de esta persona con los niños inscritos en cuidado infantil?

Sí No

 Firma (médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero registrado)

 Nombre (por favor escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA o use sello de la oficina)

() -
 Teléfono

 Título

 / /
 Fecha

INSTRUCCIONES DE DEVOLUCIÓN DEL FORMULARIO PARA PROGRAMAS:

- **Programas de GFDC/FDC**—devuelva este formulario completado a su licenciante o registrador.
- **Programas de DCC/SACC-directores**—devuelva este formulario completado a su licenciante o registrador; **todo otro personal**—devuelva el formulario al director para ser evaluado.
- **Directores de programas de grupo legalmente exentos**—devuelva este formulario a su agencia de inscripción.
- **Empleados y voluntarios en programas legalmente exentos**—devuelva este formulario a su director.