



Child Care Provider Physical Examination Report (Informe sobre examen físico de proveedor de cuidado infantil)

Personal de centro de cuidado infantil ♦ Proveedores de hogar de desarrollo infantil

Nombre	Fecha del examen
--------	------------------

El paciente puede:

- ✓ tener contacto muy frecuente con niños (desde bebés a niños en edad escolar) bajo su cuidado.
- ✓ ser responsable del cuidado físico y el desarrollo social del niño durante el día y la noche.
- ✓ tener que alzar niños, agacharse o permanecer de pie durante largos períodos de tiempo.

Problemas de salud del proveedor de cuidado infantil (Por favor, marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas ilegales o medicamentos recetados |
| <input type="checkbox"/> Problemas de respiración (asma, enfisema) | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos (epilepsia, Parkinson, otros) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes o problemas como tiroides, otros | <input type="checkbox"/> Fumador o consumo de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón o presión arterial | <input type="checkbox"/> Susceptibilidad a las infecciones, enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o intestinales |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la piel (eczema, sarpullido, condiciones incompatibles con el lavado de manos frecuente, otros) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o nerviosos (depresión, dificultad para manejar el estrés) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas osteomusculares (dolor lumbar, susceptibilidad a las lesiones en la espalda, problemas en el cuello, artritis) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de audición o dificultad para oír en un ambiente ruidoso | |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ | |

Situación de vacunación

Todos los empleados y proveedores de cuidado infantil deberán consultar a su médico acerca de la recepción de las vacunas adecuadas para su edad, de acuerdo con el cronograma actual de vacunas recomendadas por el Comité asesor sobre prácticas de vacunación (ACIP). Las personas que brindan cuidado infantil suelen entrar en contacto con niños muy pequeños, quienes pueden o no estar totalmente inmunizados contra enfermedades evitables a través de la administración de vacunas. Es esencial que todos los empleados y proveedores de cuidado infantil hablen con su médico acerca de los beneficios y riesgos asociados a la recepción no de todas las vacunas del ACIP adecuadas para la edad antes de participar en un ámbito donde se brinda cuidado infantil.

(EL MÉDICO DEBE MARCAR UNA OPCIÓN Y COLOCAR LA FECHA)

- El historial de vacunación del paciente ha sido revisado y el paciente está al día con todas las vacunas recomendadas por el ACIP.
- El paciente realizó una consulta acerca de la recepción de las vacunas apropiadas para su edad de acuerdo con el cronograma actual de vacunas recomendadas por el ACIP, y se negó a que se le aplicaran las siguientes vacunas recomendadas:

Fecha: _____

Examen de detección de tuberculosis

Todos los empleados y proveedores de cuidado infantil recibirán un examen inicial de detección de tuberculosis. El examen inicial consistirá de dos componentes:

- 1. Evaluación de los síntomas actuales de enfermedad de TB activa.
- 2. Evaluación de los factores de riesgo asociados a la TB.

Aquellas personas identificadas como pertenecientes a un grupo de alto riesgo definido o que presenta signos o síntomas coherentes con la enfermedad de TB serán evaluados para ver si tienen una infección de TB o están enfermas de TB.

(EL MÉDICO DEBE COMPLETAR Y MARCAR AMBAS CASILLAS Y COLOCAR LAS FECHAS)

- Examen de signos y síntomas de TB completado Fecha: _____
- Examen de factores de riesgo de TB completado Fecha: _____

**** Se puede acceder a la consulta médica sobre tuberculosis y a la medicación para la TB llamando al Programa de Control de la Tuberculosis del Departamento de Salud Pública de Iowa al 515-281-8636 o al 515-281-7504.**

Otras enfermedades comunicables y estado de salud general

¿La persona tiene una enfermedad conocida comunicable u otras condiciones de salud que representan una amenaza para la salud, seguridad o bienestar de los niños?

- Sí No **(Si respondió sí, describa en detalle debajo)**

¿El proveedor de cuidado infantil tiene una condición que limita la capacidad del proveedor para supervisar o evacuar de manera segura a muchos niños a su cargo en caso de una emergencia?

- Sí No **(Si respondió sí, describa en detalle debajo)**

Conclusión

- La persona puede realizar actividades de cuidado infantil
- La persona puede realizar actividades de cuidado infantil, con las siguientes adaptaciones y restricciones (por favor, describa debajo)
- La persona no puede realizar actividades de cuidado infantil

Adaptaciones o restricciones necesarias para cumplir con las demandas de brindar cuidado infantil (Detalle por favor.)

Firma del proveedor de cuidado infantil	Fecha
Dirección postal	Teléfono
Tipo de proveedor: <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ARNP	Número de licencia de Iowa