

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

La Divulgación de Información de Salud Personal y la Declaración del Médico tienen que estar fechadas dentro de los seis meses posteriores a la fecha de haber presentado la solicitud

NOMBRE DEL PACIENTE _____ GÉNERO M F FEC. NAC. _____
(Apellido, Nombre, S.I.)

DIRECCIÓN (Núm., Calle, Ciudad, Estado, CP) _____

FECHA DEL EXAMEN FÍSICO MÁS RECIENTE _____

Conteste cada una de las siguientes. La divulgación de una condición de salud, NO impedirá automáticamente la acreditación.

Tengo historia de:	Sí	No	Tengo historia de:	Sí	No	Tengo historia de:	Sí	No
Abuso de alcohol			Diabetes			Hipertensión		
Asma/Problemas respiratorios			Abuso de drogas			VIH/SIDA		
Enfermedad autoinmune			Epilepsia			Enfermedad mental		
Cáncer			Cardiopatía			Tuberculosis		
Trastorno de dolor crónico			Hepatitis			Otra:		

EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA DE "SÍ" A LO ANTERIOR E IDENTIFIQUE EL MÉDICO O ESPECIALISTA DE TRATANTE

RESUMEN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES, CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS PASADOS O PRESENTES

HE RECIBIDO SERVICIOS O TRATAMIENTO POR UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, PROBLEMA EMOCIONAL O DEPRESIÓN
 Sí No En caso afirmativo, explique:

HE RECIBIDO SERVICIOS O TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS
 Sí No En caso afirmativo, explique:

Regularmente uso los siguientes medicamentos sin o con receta.

Medicamento	Motivo del uso	Medicamento	Motivo del uso

Certifico que la información anteriormente proporcionada es verdadera, precisa y completa. Entiendo que al proporcionar información falsa o la declaración fraudulenta intencional de información que aparece en esta declaración, puede resultar en la denegación o revocación de mi acreditación o certificación. Autorizo a mi médico para que divulgue esta información médica a la agencia especificada al final del formulario. La Divulgación de Información de Salud Personal y la Declaración del Médico se usarán sólo con el propósito de evaluar me a mí o a un miembro del hogar para que obtenga la acreditación o certificación.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

División de Discapacidades del Desarrollo • Oficina de Acreditación, Certificación y Regulación (OLCR)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Por favor, revise la declaración de salud en la página 1 de este formulario. El propósito de la **Declaración del Médico** es determinar si el paciente está físicamente, emocionalmente y mentalmente capacitado para proporcionar un hogar a un menor que tiene una discapacidad del desarrollo o para un adulto vulnerable. Las responsabilidades pueden incluir: Supervisión de 24 horas, cuidado personal, transporte, control de conducta con reforzamiento positivo, proporcionar seguimiento y tratamiento médico, y administración de medicamentos.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ TIEMPO BAJO SU CUIDADO _____
(Apellido, Nombre, S.I.)

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD FÍSICA GENERAL DEL PACIENTE _____

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EMOCIONAL, SI SE CONOCE _____

¿PODRÍA ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS SIN O CON RECETA QUE USA REGULARMENTE EL PACIENTE INTERFERIR CON EL CUIDADO Y LA SUPERVISIÓN SEGURA DE MENORES O ADULTOS VULNERABLES? (p.ej. *somnolencia, desorientación, falta de concentración, etc.*)

Sí No En caso afirmativo, explique:

¿TIENE ESTE PACIENTE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO, EMOCIONAL U OTRA CONDICIÓN QUE PUDIERA INTERFERIR CON SU CAPACIDAD PARA CUIDAR, CRIAR O SUPERVISAR A MENORES O ADULTOS VULNERABLES? (p.ej. *limitaciones para levantar peso, falta de fuerza o resistencia, un factor estresante inusual, una enfermedad contagiosa, etc.*)

Sí No En caso afirmativo, explique y proporcione sus recomendaciones para limitar el riesgo a la salud o el bienestar tanto del paciente o menores/adultos vulnerables colocados en el hogar.

NOMBRE DEL MÉDICO _____ NÚM. LICENCIA _____
(Por favor, escriba en letra de molde)

DIRECCIÓN (Núm., Calle, Ciudad, Estado, CP) _____

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA _____

Por favor, envíe esta Declaración del Médico a la agencia indicada a continuación. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, el propósito del examen o si desea agregar sus comentarios, por favor comuníquese con la agencia indicada a continuación.

NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE LA AGENCIA _____

NOMBRE DE LA AGENCIA _____ NÚM. DE TEL. _____

DIRECCIÓN DE LA AGENCIA (Núm., Calle, Ciudad, Estado, CP) _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.