

**CERTIFICACIÓN MÉDICA****DATOS GENERALES**Nombre del paciente (*Apellido, nombre*): \_\_\_\_\_ Fec. Nac. (*M/D/YYYY*): \_\_\_\_\_Dirección (*Núm., calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**Nombre del proveedor de cuidado de salud (*Apellido, nombre*): \_\_\_\_\_

Núm. de licencia o certificado: \_\_\_\_\_ Estado y/o país de emisión\*: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de cuidado de salud (*Núm., calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

**Tipo de proveedor de cuidado de salud**

Médico    Ayudante al médico    Enfermera licenciada    Enfermero/a practicante licenciado/a

\*No se puede aceptar una licencia ni certificado que emitió otro estado o país, si no puede verificarse.

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO DEL TUBERCULOSIS**

Prueba método de Mantoux de la tuberculina			Radiografía de tórax		
Fecha en que se aplicó:	Fecha en que se interpretó:		Fecha de la radiografía:	Fecha de interpretación:	
Resultado:	Negativa	Positiva	Interpretación:	Normal	Abnormal

Comentarios: \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE, Yo, el proveedor de cuidado de salud; con licencia o certificado vigente para practicar en el campo médico, le he examinado al paciente arriba nombrada y lo encuentro que él/ella está [ Libre    No libre ] del tuberculosis de forma transmisible al momento del reconocimiento médico.

Firma del proveedor de cuidado de salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN**

Rubéola:	Sí	No	NA	Sarampión:	Sí	No	NA	Tos ferina:	Sí	No	NA
Difteria:	Sí	No	NA	Polio:	Sí	No	NA	Tétanos:	Sí	No	NA

Fecha de la Difteria: \_\_\_\_\_ Fecha del Tétanos: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE, Yo, el proveedor de cuidado de salud; con licencia o certificado vigente para practicar en el campo médico, reconozco que el paciente arriba nombrado tiene actualizada sus vacunas conforme a lo indicado en este formulario.

Firma del proveedor de cuidado de salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_