

AUTO DECLARACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE (<i>Apellido, Nombre, S.I.</i>)	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------

DIRECCIÓN (*Núm., Calle, Ciudad, Estado ,Código Postal*)

FECHA MÁS RECIENTE DE LA CONSULTA MÉDICA

Conteste cada una de las siguientes.

(La declaración de la condición de salud, automáticamente NO impedirá la concesión de la licencia.)

Yo tengo una historia de:	Sí	No	Yo tengo una historia de:	Sí	No	Yo tengo una Historia de:	Sí	No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades auto inmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI MARCÓ ALGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA EXPLIQUELA EN DETALLE, E IDENTIFIQUE AL ESPECIALISTA O MÉDICO TRATANTE.

HAGA UN RESUMEN DE LAS ENFERMEDADES CIRUGIAS O TRATAMIENTOS PASADOS O PRESENTES.

YO HE RECIBIDO SERVICIOS O TRATAMIENTOS POR DESORDEN PSIQUIÁTRICO, PROBLEMAS EMOCIONALES, O DEPRESIÓN.

Sí No Si marcó Sí, explique:

YO HE RECIBIDO SERVICIOS O TRATAMIENTOS POR TOXICOMANÍA.

Sí No Si marcó Sí, explique:

Yo regularmente uso los siguientes medicamentos con o sin receta. .

Medicamentos	Razón porque la uso	Medicamentos	Razón porque la uso

Yo certifico que la información arriba provista es cierta, correcta y completa. Yo entiendo que si proporciono información falsa o deliberadamente tergiversar la información en esta Declaración, puede resultar en denegación o revocación de mi licencia o certificación. Yo otorgo consentimiento a mi doctor para divulgar esta información médica a la agencia especificada al final del formulario. La Auto Declaración de Salud y la declaración del médico son para ser usados solamente con el propósito de evaluarme a mí o a un miembro del hogar para que obtenga la licencia o certificación.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	-------

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Por favor revise la auto declaración de salud en la página 1 de este formulario El propósito de la declaración del médico es para determinar si el paciente es físicamente, emocionalmente, y mentalmente capaz de proveer un hogar para un niño bajo crianza temporal o para un adulto vulnerable. Las responsabilidades pueden incluir: 24-horas de supervisión, asistencia personal, transporte, control positivo de comportamiento, suministrar seguimiento en el cuidado y tratamiento médico, y administrar medicamentos.

NOMBRE DEL PACIENTE (<i>Apellido, Nombre, S.I.</i>)	DURACIÓN BAJO SU CUIDADO
-------------------------------------------------------	--------------------------

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD FÍSICA GENERAL DEL PACIENTE

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EMOCIONAL, SI LA SABE

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

Sí No Si marcó Sí, explique:

ESTE PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA MÉDICO, EMOCIONAL U OTRO TIPO QUE PODRÍA INTERFERIR CON LA CAPACIDAD DE CUIDAR, CRIAR O SUPERVISAR NIÑOS O ADULTOS VULNERABLES (*p.ej., limitaciones para levantar, falta de fuerza o vigor, un factor estresante inusual, etc.*)

Sí No Si marcó Sí, explique:

NOMBRE DEL MÉDICO (*Por favor, escribir en letra de molde*)

NUM DE LICENCIA

DIRECCIÓN (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*)

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

Por favor envíe esta Declaración del Médico a la agencia abajo mencionada. Si usted tiene alguna pregunta referente a este formulario, el objetivo del examen, o si usted desea agregar sus comentarios, por favor comuníquese con la agencia abajo mencionada.

NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE LA AGENCIA

NOMBRE DE LA AGENCIA

NÚMERO DE TELÉFONO.

()

DIRECCIÓN DE LA AGENCIA (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*)

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente. – Available in English on-line or at the local office.