



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

## CERTIFICADO DE SALUD PARA EL PERSONAL/VOLUNTARIO (Para ser completado por un profesional médico)

*Sección 131-5 (c) del capítulo 1 del título 5A de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia (DCMR): Una persona acreditada mantendrá un registro para cada integrante del personal, que incluye los empleados remunerados y los voluntarios cuyas actividades impliquen el cuidado o la supervisión de menores en una instalación o el acceso no supervisado a los niños que son atendidos o supervisados en una instalación, que incluirá documentación escrita y firmada por el profesional de la salud acreditado que examina, en el momento del examen, que el integrante del personal o voluntario estaba libre de tuberculosis y enfermedades transmisibles aparentes según se define en la sección 201 del título 22-B de las DCMR.*

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_ Masculino \_\_ Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Calle Dto. (si corresponde) Ciudad Estado Código postal

### He examinado a la persona mencionada anteriormente y certifico que:

- completó un examen físico de un profesional de la salud acreditado previo al empleo, realizado no más de doce 12 meses antes del inicio del empleo o el trabajo voluntario;
- se sometió a un examen físico anual con un profesional de la salud acreditado;
- en el momento del examen estaba libre de tuberculosis y enfermedades transmisibles aparentes;
- parece estar en condiciones físicas satisfactorias, ser capaz de realizar actividades con menores durante largos periodos de tiempo y estar al aire libre para realizar actividades regulares y prolongadas.

### Además de un examen general de salud física, se han realizado las siguientes pruebas:

Prueba de tuberculina (marque una):  Derivado proteico purificado (PPD)  Radiografía de tórax

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/enfermero practicante que examina

Doctorado en medicina (MD)/enfermero practicante (NP)

Fecha de examen:

\_\_\_\_\_  
Dirección

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Código de área

**CONSERVE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS.**