



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: _____

Doctorado en medicina (MD)/enfermero practicante (NP) Fecha de examen: _____
Firma del médico/enfermero practicante que examina

Dirección N.º de teléfono: _____
Código de área

CONSERVE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS.