

EVALUACION MÉDICA

DIVISION DE SERVICIOS SOCIALES DE CAROLINA DEL NORTE

(Nombre de la agencia que solicita la información)

Esta persona se esta dirigiendo a ustedes para solicitar una información que se le ha pedido por parte de esta agencia respecto a su condición de salud. Es importante para nosotros saber cualquier factor de salud que pudiera interferir con la habilidad de esta persona para ser un padre foster. La persona mencionada abajo entiende que la información será proporcionada a la División de Servicios Sociales de Carolina del Norte.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nació (Fecha)
Peso:	Estatura:	Presión Sanguínea:		

CONDICIONES MEDICAS

Condiciones médicas crónicas o actuales Sí No Sí la respuesta es si, explique:

Se debe de hacer una prueba de tuberculina si existe cualquiera de las siguientes condiciones:

- Sí No Nació o vivió por más de un mes en África, Asia, Centro o Sudamérica, o Este de Europa.
 - Sí No Sistema inmunológico comprometido debido a una condición médica o medicamento.
 - Sí No Conducta de alto riesgo por usar drogas tipo IV (crack, cocaína), o por vivir o trabajar en un área de alto riesgo (prisión, refugio para personas sin casa, o contacto directo con pacientes).
 - Sí No Expuesto a personas con tuberculosis infectiva.
 - Sí No Presenta actualmente síntomas de tuberculosis, tos (inexplicable), fiebre por más de 3 semanas sudor por las noches, falta de aire, dolores en el pecho, perdida de peso o fatiga inexplicable.
 - Sí No Basado en lo anterior, son necesarias pruebas de TB y rayos X de pecho.
- Sí, si. Fechas de las pruebas de TB y rayos X de pecho: _____ Resultados: _____

Enfermedades Comunicables Sí No Sí, si. Explique:

Limitaciones de Actividad Física Sí No Sí, si. Explique:

Diagnóstico de Salud Conductual o Mental Sí No Sí, si. Explique:

He examinado y revisado el historial médico de la persona arriba mencionada. Es mi opinión que la persona es médicamente capaz de servir como padre foster o de residir como un miembro de la familia en una casa foster donde hay niños presentes. Sí No

Firma del Doctor, Asistente Médico, o Enfermero Practicante: _____

Nombre en letra de molde del Doctor, PA o NP (encierre en un círculo lo que se aplique). _____

Dirección: _____

Tel.: _____ Fecha: _____