

PAQUETE DE EXAMEN MÉDICO: TÉCNICO INTERMEDIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (EMT)

El siguiente paso en el proceso de admisión es hacer un examen médico y completar los formularios requeridos que se indican abajo. Devuelva todos los formularios firmados al centro de enfermería de MATC, sala M240. Usted es responsable de pagar el costo del examen médico y las vacunas. Usted puede recibir servicios de atención médica en su departamento de salud local.

En este paquete se incluye lo siguiente:

1. Formulario de certificación médica. Haga que su médico o proveedor de atención médica complete y firme el Formulario de certificación médica adjunto.
2. Información sobre la hepatitis B y la vacuna, y un Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B. Lea la información y consulte con su médico. Complete y firme el Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B.
3. Información sobre las funciones esenciales para su programa. Lea la información. Si tiene preguntas, consulte con su médico. Complete y firme el Formulario de funciones esenciales.

Todos los formularios deben completarse con firmas médicas autorizadas.

Devuelva el Formulario de certificación médica, el Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B y el Formulario de funciones esenciales completados al centro de enfermería de MATC, sala M240, antes del _____.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el centro de enfermería al 414-297-7871. **Asegúrese de conservar una copia de sus formularios completados.** Informe a la Oficina de Admisiones al 414-571-4566 entre las 8 a. m. y las 4 p. m. sobre cualquier cambio de nombre, dirección o número de teléfono. Esperamos poder trabajar con usted mientras completa la inscripción de su programa en MATC.

**CATEGORÍAS DE CAPACIDADES FUNCIONALES
Y ACTIVIDADES/TRIBUTOS DE
REPRESENTACIÓN PARA EL TÉCNICO
INTERMEDIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (EMT)**

La Ley Federal para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) prohíbe la discriminación hacia personas con discapacidades. Para cumplir esta ley, MATC toma todas las medidas necesarias para garantizar una educación de calidad para todos los estudiantes. Sin embargo, sentimos la obligación de informar a los estudiantes sobre las capacidades funcionales que demanda cada ocupación particular. Los estudiantes de Técnico Intermedio de Emergencias Médicas (EMT) en su formación y los Técnicos Intermedios de Emergencias Médicas (EMT) en el trabajo de campo se enfrentan a los siguientes factores físicos, cognitivos y ambientales:

**CATEGORÍAS DE CAPACIDADES FUNCIONALES
Y ACTIVIDADES/TRIBUTOS DE
REPRESENTACIÓN PARA EL PROGRAMA DE
TÉCNICO INTERMEDIO DE EMERGENCIAS
MÉDICAS (EMT)**

Habilidades de motricidad gruesa:	<p>Moverse dentro de espacios reducidos</p> <p>Mantener el equilibrio en diferentes posturas</p> <p>Alcanzar una altura por encima de los hombros (p. ej., los portasueros)</p> <p>Estirar los brazos hacia adelante</p>
Habilidades de motricidad fina:	<p>Levantar objetos con las manos</p> <p>Agarrar pequeños objetos con las manos (p. ej., tubos de infusión intravenosa, lápices)</p> <p>Escribir con una lapicera o lápiz</p> <p>Tipear/Escribir (p. ej., en una computadora)</p> <p>Pellizcar/Levantar algo o trabajar con los dedos (p. ej., manipular una jeringa)</p> <p>Girar (p. ej., objetos o picaportes con las manos)</p> <p>Apretar con los dedos (p. ej., un cuentagotas)</p>
Resistencia física:	<p>Permanecer de pie (p. ej., al lado de un cliente en un procedimiento quirúrgico o terapéutico)</p> <p>Mantener movimientos repetitivos (p. ej., en la RCP)</p> <p>Mantener la tolerancia física (p. ej., trabajar de pie durante un mínimo de 8 horas)</p>
Fuerza física:	<p>Empujar y jalar 50 libras (p. ej., posicionar al cliente, mover equipos)</p> <p>Soportar un peso de 50 libras (p. ej., un cliente ambulatorio)</p> <p>Levantar 50 libras (p. ej., levantar a un niño, transferir a un cliente, flexionarse para levantar a un bebé o niño)</p> <p>Llevar equipos/suministros</p> <p>Usar la fuerza de la parte superior del cuerpo (p. ej., llevar a cabo una RCP, sujetar a un cliente)</p> <p>Apretar algo con las manos (p. ej., operar un extintor de incendios)</p>
Movilidad:	<p>Girar</p> <p>Inclinarse</p> <p>Encorvarse/Sentarse en cuclillas</p> <p>Moverse rápidamente (p. ej., responder a una emergencia)</p> <p>Subir escaleras</p> <p>Caminar</p>
Audición:	<p>Oír sonidos en niveles normales del habla (p. ej., informes frente a frente)</p> <p>Oír voces suaves</p> <p>Oír sonidos corporales suaves (p. ej., sonidos de la presión arterial, evaluar la colocación de tubos)</p> <p>Oír en situaciones donde no se pueden ver los labios (p. ej., con el uso de mascarillas)</p> <p>Oír alarmas auditivas (p. ej., de monitores, alarmas de incendios, timbres)</p>

Visión:	Ver objetos ubicados a una distancia de hasta 20 pulgadas (p. ej., información en la pantalla de una computadora, afecciones de la piel) Ver objetos ubicados a una distancia de hasta 20 pies (p. ej., un cliente en una sala) Utilizar la percepción de la profundidad Utilizar la visión periférica Distinguir colores e intensidades (p. ej., los colores de los códigos de los suministros, piel enrojecida, palidez)
Tacto:	Sentir vibraciones (p. ej., tomar el pulso) Detectar temperaturas (p. ej., en la piel, en soluciones) Sentir las diferencias de las características de superficies (p. ej., turgencia cutánea, sarpullidos) Sentir las diferencias en tamaños y formas (p. ej., encontrar venas, identificar puntos anatómicos) Detectar temperaturas ambientales
Olfato:	Detectar olores (p. ej., desagües con mal olor, aliento a alcohol, cigarrillo, gases u olores nocivos)
Entorno:	Tolerar la exposición a alérgenos (p. ej., guantes de látex. Sustancias químicas) Tolerar jabones fuertes Tolerar olores fuertes
Lectura:	Leer y comprender documentos escritos (p. ej., hojas de registros, cuadros, gráficos) Leer pantallas digitales
Matemáticas:	Comprender e interpretar las tendencias en los gráficos Calibrar equipos Convertir números al sistema métrico, al sistema de medida de los boticarios y al sistema estadounidense, y viceversa (p. ej., en las dosis) Saber la hora Medir el tiempo (p. ej., contar la duración de las contracciones, RCP, etc.) Registrar ritmos (p. ej., gotas por minuto, pulso) Leer e interpretar marcas de medida (p. ej., cintas métricas y balanzas) Sumar, restar, multiplicar o dividir números enteros Calcular fracciones y decimales (p. ej., dosis de medicamentos) Documentar números en registros
Estabilidad emocional:	Establecer relaciones profesionales Brindar apoyo emocional a los clientes Adaptarse a ambientes cambiantes/estrés Lidiar con lo inesperado (p. ej., la afección del paciente, crisis) Enfocar la atención en la tarea Lidiar con las emociones propias Llevar a cabo múltiples responsabilidades al mismo tiempo Lidiar con emociones fuertes de otras personas (p.ej, la aflicción)

Pensamiento analítico:	Trasladar el conocimiento de una situación a otra Procesar e interpretar información de distintas fuentes Analizar e interpretar información abstracta y datos concretos Evaluar resultados Resolver problemas Priorizar tareas Usar la memoria a largo plazo Usar la memoria a corto plazo
Pensamiento crítico:	Identificar las relaciones de causa-efecto Planificar y controlar actividades para otros Sintetizar el conocimiento y las habilidades Ordenar información Tomar decisiones de manera independiente Adaptar las decisiones sobre la base de nueva información

Habilidades interpersonales:	Establecer buenas relaciones con personas, familias y grupos Respetar y valorar las diferencias culturales de los demás Negociar los conflictos interpersonales
Habilidades de comunicación:	Enseñar (apoyo emocional, al cliente o la familia sobre atención médica) Influir en las personas Dirigir/Gestionar/Delegar actividades de otros Hablar inglés Escribir en inglés Oír/Comprender frases habladas/escritas Ayudar a otros (p. ej., trabajadores de atención médica, pares) Gestionar información

TÉCNICO INTERMEDIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (EMT)
Formulario de firmas de funciones esenciales

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act) prohíbe la discriminación hacia personas con discapacidades y, para cumplir esta ley, MATC toma todas las medidas necesarias para garantizar una educación de calidad para todos los estudiantes. Es nuestra obligación informar a los estudiantes sobre las capacidades funcionales que demandan este programa y esta ocupación. Los estudiantes que necesiten adaptaciones o servicios especiales para cumplir los estándares de desempeño físico, cognitivos o ambientales del programa de Técnico Intermedio de Emergencias Médicas (EMT) deben comunicarse con el Departamento de Necesidades Especiales para obtener ayuda (Sala C219).

____ Necesito las siguientes adaptaciones para cumplir las capacidades funcionales según lo especificado.

(Firma)

(Fecha)

10/26/06

MATC es una institución de acción afirmativa e igualdad de oportunidades y cumple todos los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act)

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
TÉCNICO INTERMEDIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (EMT)
Declaración de comprensión
Este formulario deberá completarse tras la admisión al programa.

____ He leído y entendido las *categorías de capacidades funcionales* que son específicas para los
(iniciales) estudiantes del programa Intermedio de EMT.

____ Puedo cumplir las *capacidades funcionales* tal y como se presentaron, y recibí información sobre
(iniciales) las adaptaciones o el servicio específico, si fueran necesarios en ese momento.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta y firma)

Fecha

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240; 2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
700 WEST STATE STREET
MILWAUKEE, WISCONSIN 53233

CERTIFICACIÓN MÉDICA

(Nombre y dirección en letra de imprenta)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____ Comienzo del semestre _____ N.º DE TELÉFONO: _____

N.º de teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN o

SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____

Este formulario se debe completar y devolver antes de la fecha que se indica arriba

¿Estuvo usted en otro programa de Ocupaciones Médicas? Sí o No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué programa? _____ Fecha en la que estuvo en el programa _____

SOLO PUEDE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN UN MÉDICO, UN AUXILIAR MÉDICO O UN ENFERMERO PROFESIONAL:

He examinado al paciente _____ y certifico que goza de buena salud física y mental.

Nombre del estudiante

En papel con membrete, indique cualquier limitación física u otras discapacidades que restringirían la capacidad de la persona para llevar a cabo las funciones esenciales de esta profesión. (Consulte el documento adjunto)

FIRMA y título médico del médico, auxiliar médico o enfermero profesional

Fecha _____

Nombre del profesional en letra de imprenta _____ N.º de teléfono del consultorio _____

Dirección _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Hay un registro del examen completo en _____

VACUNAS

Comprobante de al menos dos vacunas MMR en el primer año de vida o después, con un intervalo mínimo de 30 días, o un análisis que dé pruebas de la inmunidad contra la rubéola y el sarampión.

1) MMR _____ Fecha _____ Firma autorizada y título médico _____

2) MMR _____ Fecha _____ O Firma autorizada y título médico _____

Valores de rubéola _____ Resultados _____ Fecha _____ Y Firma autorizada y título médico _____

Valores de sarampión _____ Resultados _____ Fecha _____ Firma autorizada y título médico _____

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

VARICELA

Debe tener la documentación de un proveedor de atención médica con el diagnóstico de varicela. Si no hay documentación disponible, debe presentar resultado positivo para los valores o la documentación de las vacunas.

RESULTADOS

Información del paciente:

¿Tuvo varicela?	_____ Sí	_____ No	_____ Fecha	_____ Firma autorizada y título médico
O Primera vacuna contra la varicela	_____ Fecha			_____ Firma autorizada y título médico
Segunda vacuna a los 30 días	_____ Fecha			_____ Firma autorizada y título médico
O Valores de varicela	_____ Fecha	_____ Resultados		_____ Firma autorizada y título médico

PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULINA O PRUEBA MANTOUX DE DOS PASOS: se debe administrar en el plazo de un año a partir de la fecha de admisión en el programa o, si ha transcurrido más de un año, se debe realizar una actualización de UN paso. Los estudiantes de Auxiliar de Enfermería deben tener la prueba cutánea en un plazo de 90 días a partir de la fecha de inicio del programa.

PROCEDIMIENTO:

Paso 1:

- 1) Se administra una prueba cutánea de la tuberculina, o prueba Mantoux, de 0.1 (5 unidades de tuberculina [UT]) de un derivado proteico purificado de tuberculina (PPD) a todas las personas que nunca se hayan sometido a una prueba cutánea de dos pasos o a aquellas personas que no se hayan sometido a una PPD en los últimos dos años.
- 2) Un profesional de atención médica debe leer los resultados en un plazo de 48 a 72 horas.
Si es positivo, se debe hacer un seguimiento con una radiografía de tórax.

Paso 2:

- 1) Se repite la prueba en un plazo de 7 a 30 días después de la administración de la primera dosis usando el mismo valor de PPD.
- 2) Un profesional de atención médica debe leer los resultados en un plazo de 48 a 72 horas.
Si es positivo, se debe hacer un seguimiento con una radiografía de tórax.
Si es negativo, se repite (solo el paso 1) cada año.

INFORME DE RESULTADOS

1. Resultados del paso 1

_____ Fecha de administración	_____ Fecha de lectura	_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	---------------------------	---------------------	---

2. Resultados del paso 2

_____ Fecha de administración	_____ Fecha de lectura	_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	---------------------------	---------------------	---

3. ACTUALIZACIÓN ANUAL

_____ Fecha de administración		_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	--	---------------------	---

4. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (se indica solo cuando la prueba cutánea de la tuberculina da un resultado positivo)

_____ Fecha de administración	_____ Fecha de lectura	_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	---------------------------	---------------------	---

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS: (en un plazo de 10 años a partir del ingreso en el programa)

Fecha

Firma autorizada y título médico

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Usted **DEBE** hacer una copia del formulario de salud completado y conservarlo. Es posible que tenga que presentarlo a una agencia clínica.

IMPORTANTE

NO DEVUELVA LOS DOCUMENTOS HASTA QUE TODOS LOS RESULTADOS Y LAS FIRMAS ESTÉN COMPLETOS.

Doy permiso para divulgar la información que se incluye en este formulario de salud al colegio profesional y a los afiliados clínicos si se considera necesario para mi propio beneficio o seguridad, o los de otras personas.

Firma del estudiante _____

INSTRUCCIONES PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Firmó su médico o personal médico autorizado cada firma autorizada, fecha y resultado de las pruebas?
- ¿Están su examen físico y toda la información necesaria en el formulario completados? (es decir, firma, nombre en letra de imprenta, dirección, número de teléfono, resultados de las pruebas, etc.)
- ¿Se ha incluido el número de teléfono fijo en el espacio proporcionado?
- ¿Tiene una copia?

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL CENTRO DE ENFERMERÍA

Joe Tuttle, al 414-297-7871
(deje un mensaje si Joe Tuttle no está disponible)

O
llame a la
Recepción del centro de enfermería
al 414-297-6482
en el horario
de 8:30 a. m. a 12:30 p. m.
de lunes a jueves

(s\admin\HLTHFRM2)
(Revisado el 2/11/03:vm)

MATC es una institución de acción afirmativa e igualdad de oportunidades y cumple todos los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____

Programa _____

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE

División de Ocupaciones Médicas

INFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS CONTRA LA HEPATITIS B

Esta información general se ofrece como cortesía y MATC no garantiza su exactitud. Debe consultar con su médico sobre toda la información relacionada con los temas que se describen de manera general aquí.

La enfermedad y los riesgos

La hepatitis B es una infección vírica causada por el virus de la hepatitis B (VHB) que provoca la muerte del 1 al 2 % de los pacientes. La mayoría de las personas con esta enfermedad se recuperan por completo, pero aproximadamente entre el 2 y el 10 % se convierten en portadores crónicos del virus. Muchos de ellos no tienen síntomas, pero aun así pueden transmitirla a otros. Algunos pueden contraer hepatitis crónica activa y cirrosis. El VHB también parece ser un factor causante del desarrollo de cáncer de hígado; por lo tanto, la vacunación contra la hepatitis B puede prevenir la hepatitis aguda y también reducir la enfermedad y la muerte por hepatitis crónica activa, cirrosis y cáncer de hígado.

Riesgo de exposición

El personal médico y paramédico corre un riesgo mayor de contraer hepatitis según su grado de exposición a sangre o a líquidos corporales (p. ej., saliva, heces, sudor, secreciones vaginales, secreciones respiratorias y otras secreciones del cuerpo) de pacientes infectados con hepatitis B (con conocimiento o sin conocimiento). La transmisión se produce por el contacto directo de heridas abiertas o de las membranas mucosas con la sangre o los líquidos corporales de una persona que tiene hepatitis B o es portadora de la enfermedad. La manipulación rutinaria o frecuente de sangre o productos tisulares contaminados constituye, por tanto, un riesgo importante por la facilidad de transmisión de la enfermedad y por el hecho de que muchas personas con hepatitis B no tienen síntomas y desconocen que tienen la enfermedad.

La primera línea de defensa contra esta enfermedad es la vacunación, ya que es el método más eficaz para prevenir la infección por VHB.

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

La vacuna

La vacuna contra la hepatitis B (Engerix B, Recombivax HB) se produce mediante el uso de tecnología de ADN recombinante. Esta actúa mediante la estimulación del sistema inmunitario para que produzca anticuerpos contra el virus.

La vacuna se administra por vía intramuscular en el músculo deltoides en tres dosis.

La segunda dosis se administra un mes después de la primera, y la tercera dosis entre seis y doce meses después de la primera. Después de la vacunación, más del 90 % de los adultos sanos desarrollan anticuerpos que los protegen. El costo es de \$150.00 por el esquema de vacunación. Solo se han notificado reacciones adversas menores con la vacunación; entre ellas, fiebre y dolor temporal en el lugar de la inyección, sarpullido, náuseas, dolor en las articulaciones y fatiga leve. La vacuna no tiene contraindicaciones en el embarazo.

Referencias

- a. Ganza, a., Torshner, L. (1997) Hepatitis Update. RN, 60 (12), 39-44.
- b. Hepatitis B Virus Vaccine Safety: Report of an Interagency Group: MMWR 31(34): 465 3 de septiembre de 1982.
- c. Hollinger, F. Blaine: Hepatitis B Vaccines-To Switch or Not to Switch. JAMA 257 (19): 2634-2636, 15 de mayo de 1987
- d. Inactivated Hepatitis B Virus Vaccine: Annual of Internal Medicine 97:379-83, 1982.
- e. Jilg, W., *et.al.*: Clinical Evaluation of a Recombinant Hepatitis B Vaccine. The Lancet: 1174-1175, 24 de noviembre de 1984
- f. Krugman, Saul: The Newly Licensed Hepatitis B Vaccine. JAMA 247 (14): 2012-15, abril de 1992.
- g. Leads from the MMWR: Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee Update on Hepatitis B Prevention. JAMA 258(4): 437-449, julio 24/31, 1987.
- h. Lewis, S., Heitkemper, M., Dirkson, S., (2000). Medical Surgical Nursing. 1193-1198 Mosby.
- i. Medical College of Wisconsin, Student Health Services.

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
División de Ocupaciones Médicas

FORMULARIO DE EXENCIÓN: HEPATITIS B

1

Lea la información de abajo de forma exhaustiva y marque la casilla correspondiente.

- He recibido y leído la información en relación con la hepatitis B y las vacunas disponibles.

Como estudiante, entiendo que, debido a la exposición a sangre o a otros materiales potencialmente infecciosos que implica mi profesión, puedo correr el riesgo de contraer una infección causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Me han recomendado recibir la vacuna contra la hepatitis B. Sin embargo, rechazo la vacunación contra la hepatitis B en este momento. Entiendo que, al rechazar esta vacuna, sigo estando en riesgo de contraer hepatitis B, una enfermedad grave. Si en el futuro continúo exponiéndome a sangre o a otros materiales potencialmente infecciosos por mi profesión y quiero vacunarme contra la hepatitis B, puedo completar el esquema de vacunación.

Por el presente, eximo de toda responsabilidad a Milwaukee Area Technical College, a los miembros de la junta y al personal (y a cualquier centro médico en el que reciba capacitación) por cualquier consecuencia que deba afrontar o por cualquier reclamo que surja de mi decisión de recibir o no la vacuna, o que esté relacionado con dicha decisión. Por el presente, acepto indemnizar a todas las personas y organizaciones mencionadas arriba ante cualquier reclamo, incluyendo las costas y los honorarios de abogados, que se pudiera presentar en contra de cualquiera de ellas por parte de quien reclame haber sufrido daños a causa de una posible lesión que ocurriera como consecuencia de mi decisión.

O

- No quiero rechazar la vacuna contra la hepatitis B. Actualmente, estoy completando o he completado el esquema de vacunación. Entiendo:
- Firma del estudiante obligatoria

2

Devuelva este formulario al centro médico lo antes posible con toda la información indicada. Haga que un médico autorizado firme si ha recibido alguna dosis.

Si se administró la vacuna contra el VHB:

Fecha de la primera dosis: _____
Fecha de la segunda dosis: _____
Fecha de la tercera dosis: _____

Devuelva este formulario a:
Centro médico de MATC (sala M240)
700 West State Street
Milwaukee, WI 53233