

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 _____ INTP _____

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: _____ Inicio 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 _____

PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULINA O PRUEBA MANTOUX: se debe administrar en el plazo de un año a partir de la
fecha de admisión en el 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.

INFORME DE RESULTADOS

1. Resultados del paso 1

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

2. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (se indica solo cuando la prueba cutánea de la tuberculina da 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 _____ INTP _____

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

Envíe un correo a Joe Tuttle a tuttlejm@matc.edu

O

llame al
414-297-7871
en el horario
de 8:30 a. m. a 12:30 p. m.
de lunes a jueves