

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 _____ TEP

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 _____

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.

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 tuberculosis o a aquellas personas que no se hayan sometido a una PPD en el último año.
- 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 medico
-------------------------	------------------	------------	----------------------------------

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 TEP

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 3/28/08)

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).