

Auxiliar de Enfermería

Requisitos y formularios de solicitud

Todos los estudiantes de Ciencias de la Salud de MATC deben completar un control de antecedentes penales, una prueba de detección de drogas y determinados requisitos de salud después de ser aceptados tras el proceso de solicitud para su programa. La Facultad de Ciencias de la Salud (School of Health Sciences) de MATC se ha asociado con castlebranch.com para verificar los antecedentes de todos los estudiantes de Ciencias de la Salud de MATC. El costo de la verificación de antecedentes es responsabilidad del estudiante.

Siga los pasos de abajo para completar el proceso de verificación de antecedentes electrónico de CastleBranch, Inc. (CB).

- Visite el sitio web castlebranch.com: www.castlebranch.com
- Haga clic en la **casilla "Place Order" (Hacer pedido)** en la página de inicio.
- Escriba el **"Package Code" (Código de paquete) MF43** (el código de paquete es específico para el programa de Auxiliar de Enfermería).
- Siga las instrucciones para configurar su cuenta de CB.

*Usted es responsable de pagar el costo del control de antecedentes penales, la prueba de detección de drogas, el examen médico y las vacunas. Usted puede recibir servicios de atención médica en su departamento de salud local o puede llamar al 1-866-211-3380 para acceder a una lista de clínicas de su zona.

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

Si tiene preguntas sobre cómo cargar los formularios, llame a la **Oficina de Solicitudes de MATC al 414-297-6088** o comuníquese con CastleBranch, Inc. llamando al 888-914-7279 o enviando un correo electrónico a studentservices@castlebranch.com

REQUISITOS DE SALUD (Se adjuntan los formularios para su uso)

- (1) Formulario de examen físico**
- (2) Formulario de prueba de tuberculosis**
- (3) Formulario de vacunación contra la hepatitis B**
- (4) Formulario de firmas de funciones esenciales (cargue solo esta página)**
- (5) Formulario de vacunación contra la influenza (gripe)**
- (6) Formulario de verificación de prueba de detección de drogas (cargue solo esta página)**
- (7) Formulario de aceptación de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

OTROS

- Control de antecedentes penales (consulte castlebranch.com)**
*Nota: Debe divulgar **toda la información** que sea parte de su registro en el formulario de Divulgación de Información de Antecedentes (BID), independientemente del resultado. Todos los afiliados clínicos de MATC se reservan el derecho de rechazar la ubicación de los estudiantes en sus instalaciones. Si se rechaza la ubicación, usted no podrá completar su programa ni graduarse de este.*
- Prueba de detección de drogas (consulte castlebranch.com)**
Nota: Usted debe cargar el formulario de verificación de prueba de detección de drogas en su perfil de requisitos de salud.



Información sobre el estudiante

(Nombre y dirección en letra de imprenta)

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

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Nombre del programa: _____ N.º de teléfono: _____

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

N.º de identificación de estudiante: _____

IMPORTANTE:

Doy mi permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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



Examen físico
(1)

VERIFICACIÓN DE BUENA SALUD DE LOS ESTUDIANTES

(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: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Hay un registro del examen completo en: _____

***Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.*

***Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.*

Nombre del estudiante: _____ **Firma:** _____ **N.º de identificación:** _____

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) (Rev. 7/2018)



Prueba de tuberculosis
(2)

PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULINA O PRUEBA MANTOUX DE DOS PASOS:

Debe presentarse la documentación de una prueba de dos pasos. Las pruebas cutáneas tienen un año de validez. Si la prueba de dos pasos tiene más de un año, adjunte la documentación que incluya las fechas de las últimas pruebas de dos pasos junto con una actualización anual actual.

PROCEDIMIENTO:

Paso 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) debajo de la piel en el antebrazo.
Un profesional de atención médica debe leer los resultados en un plazo de 48 a 72 horas. Si el resultado es negativo, se procede a hacer el paso 2. Si es positivo, se debe hacer un seguimiento con una radiografía de tórax.

Paso 2:
Se repite la prueba en un plazo de 7 a 30 días después de la administración de la primera prueba usando el mismo valor de PPD.
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.

PRUEBA QUANTIFERON-TB GOLD:

En lugar de las pruebas cutáneas, puede hacerse la prueba TB Gold mediante una extracción de sangre. Los resultados de la TB Gold tienen un año de validez, y debe adjuntarse una copia del informe del laboratorio en el paquete de salud.

INFORME DE LOS RESULTADOS (prueba de dos pasos, radiografía de tórax o TB Gold)

1. Resultados del paso 1

<i>Fecha de lectura</i>	<i>Resultados</i>	<i>Firma autorizada y título médico</i>	<i>Fecha de administración</i>
-------------------------	-------------------	---	--------------------------------

2. Resultados del paso 2

<i>Fecha de lectura</i>	<i>Resultados</i>	<i>Firma autorizada y título médico</i>	<i>Fecha de administración</i>
-------------------------	-------------------	---	--------------------------------

Radiografía de tórax (si es necesaria)

<i>Fecha de lectura</i>	<i>Resultados</i>	<i>Firma autorizada y título médico</i>	<i>Fecha de administración</i>
-------------------------	-------------------	---	--------------------------------

Valores de TB Gold (si es necesario)

<i>Fecha de lectura</i>	<i>Resultados</i>	<i>Firma autorizada y título médico</i>	<i>Fecha de extracción</i>
-------------------------	-------------------	---	----------------------------

Actualización anual

<i>Fecha de lectura</i>	<i>Resultados</i>	<i>Firma autorizada y título médico</i>	<i>Fecha de administración</i>
-------------------------	-------------------	---	--------------------------------

**Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.

Nombre del estudiante: _____ **Firma:** _____ **N.º de identificación:** _____



Vacunación contra la hepatitis B
(3)

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

- 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 continuo 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 que, para desarrollar la inmunidad completa, es necesario recibir tres dosis de la vacuna en un período de nueve meses.

Firma del estudiante

N.º de identificación de estudiante

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Si se administró la vacuna contra el VHB:

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

Firma médica autorizada

Firma médica autorizada

Firma médica autorizada

***Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.*

Nombre del estudiante: _____ **Firma:** _____ **N.º de identificación:** _____

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) (Rev. 7/2018)



Formulario de firmas de funciones esenciales

(4)

(cargue solo esta página)

LA ADA Y LAS FUNCIONES ESENCIALES

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 (artículo 12101 y ss. del título 42 del Código de los Estados Unidos [U.S.C.]), la Ley de Enmiendas de la ADA (ADA Amendment Act) de 2008 y el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 (artículo 794 del título 29 del U.S.C.) prohíben la discriminación hacia personas por motivos de discapacidad. Para cumplir estas leyes, Milwaukee Area Technical College toma todas las medidas necesarias para garantizar una educación de calidad para los estudiantes. Para promover el éxito de los estudiantes, es importante informarles sobre las funciones esenciales que demanda cada ocupación particular. El propósito de este documento es garantizar que los estudiantes reconozcan que han recibido información sobre las funciones esenciales requeridas para el programa que eligieron. Para cumplir las funciones esenciales, los estudiantes pueden solicitar información sobre las adaptaciones. Visite el Departamento de Servicios de Adaptación para Estudiantes de MATC.

INSTRUCCIONES

- Haga clic en el enlace de **SU** programa abajo.
- Lea las funciones esenciales requeridas para tener éxito en su programa.
- Si ha leído y entendido las funciones esenciales para su programa, firme este formulario abajo y escriba la fecha.

PROGRAMAS DENTALES	PROGRAMAS DE AUXILIARES DE SALUD	PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
Auxiliar Odontológico	Tecnología en Anestesia	Auxiliar de Enfermería
Auxiliar Odontológico Bilingüe	Tecnología Cardiovascular	Auxiliar de Enfermería Bilingüe
Higiene Dental	Técnico de Laboratorio Clínico	Enfermería Práctica
Técnico Odontológico	Técnico en Dietética	Progresión Educativa LPN-RN
	Servicio Funerario	Enfermería Titulada
	Tecnología Informática de la Salud	
	Coordinador de Unidades Médicas	
	Gestión de Servicios de Atención Médica	
	Auxiliar Médico	
	Especialista en Codificación Médica	
	Técnico Médico de Interpretación	
	Asistente de Terapia Ocupacional	
	Óptico: Cuidado de la Vista	
	Técnico Farmacéutico	
	Flebotomía	
	Asistente de Fisioterapia	
	Radiografía	
	Diálisis Renal	
	Terapeuta Respiratorio	
	Instrumentador	

COMPLETE, ESCRIBA SUS INICIALES Y FIRME

Nombre del estudiante: _____ N.º de identificación de estudiante: _____

Mi programa es: _____

- _____ (Iniciales) He leído y entendido los criterios sobre las funciones esenciales que son específicos para un estudiante en el programa que se indica arriba.
- _____ (Iniciales) Puedo cumplir las funciones esenciales tal como se presentaron con o sin adaptaciones.
- _____ (Iniciales) Recibí información sobre las adaptaciones o el servicio especial, si fueran necesarios.

Nota: El programa que indicó arriba debe coincidir con el programa al que se inscribió. Al completar este formulario, confirma que ha leído y entendido las funciones esenciales requeridas. Si se ha inscrito en más de un programa, debe completar este formulario para cada uno de esos programas.

Firma

Fecha

***Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.*

Nombre del estudiante: _____ Firma: _____ N.º de identificación: _____

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) (Rev. 7/2018)



Vacunación contra la influenza (gripe)
(5)

Como iniciativa de seguridad para los pacientes, la Facultad de Ciencias de la Salud de MATC exige que todos los estudiantes de todos los programas de salud se vacunen contra la influenza.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de identificación de estudiante: _____ Programa: _____

***Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.*

Nombre del estudiante: _____ Firma: _____ N.º de identificación: _____

Solo para uso de la clínica o el consultorio.



Información sobre la vacuna:

Vacuna administrada (nombre comercial): _____ Fecha de la vacunación: _____

N.º de lote de la vacuna: _____

Información sobre el centro:

Nombre del centro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre y título del vacunador (en letra de imprenta): _____

Firma del vacunador: _____ Fecha: _____



Formulario de verificación de prueba de detección de drogas
(6)
(cargue solo esta página)

Verificación de prueba de detección de drogas:

Certifico que los **RESULTADOS** de mi prueba de detección de drogas se publicaron en mi perfil de CastleBranch, Inc. el (fecha): _____

Firma del estudiante: _____

Nombre del estudiante: *(en letra de imprenta)* _____

Número de identificación de estudiante de MATC: _____

Fecha de la firma: _____



Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico
(Capacitación sobre la HIPAA)
(7)

Reconozco que soy responsable del contenido de la Capacitación sobre la HIPAA actual de la Facultad de Ciencias de la Salud que se incluye en el sitio web de MATC.

1. Norma de privacidad para las entidades contempladas en virtud de la HIPAA
2. Norma de seguridad para las entidades contempladas en virtud de la HIPAA

También acepto cumplir los términos y condiciones incluidos en el contenido de los cursos de capacitación sobre la HIPAA.

Firma del estudiante: _____

Nombre del estudiante: *(en letra de imprenta)* _____

Número de identificación de estudiante de MATC: _____

Fecha de la firma: _____

*****El coordinador del programa proporcionará la información para acceder a la capacitación.*****

***Doy permiso para divulgar la información que se incluye en los requisitos 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.*

Nombre del estudiante: _____ **Firma:** _____ **N.º de identificación:** _____



INSTRUCCIONES PARA LOS ESTUDIANTES

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Usted **DEBE** hacer una copia de los formularios de salud completados y conservarlos.
NO CARGUE LOS DOCUMENTOS HASTA QUE TODOS LOS RESULTADOS Y LAS FIRMAS ESTÉN COMPLETOS.

RESUMEN DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN COMPLETARSE

Requisitos de salud

- (1) Formulario de examen físico
- (2) Formulario de prueba de tuberculosis
- (3) Formulario de vacunación contra la hepatitis B
- (4) Formulario de firmas de funciones esenciales (cargue solo esta página)
- (5) Formulario de vacunación contra la influenza (gripe)
- (6) Formulario de verificación de prueba de detección de drogas (cargue solo esta página)
- (7) Formulario de aceptación de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

Otros

- Control de antecedentes penales (consulte castlebranch.com)
- Prueba de detección de drogas (consulte castlebranch.com)

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cargar los formularios:

comuníquese con CastleBranch, Inc. llamando al [888-914-7279](tel:888-914-7279) o enviando un correo electrónico a studentservices@castlebranch.com

o llame a la Facultad de Ciencias de la Salud de MATC al [414-297-6263](tel:414-297-6263).