

Nombre:	Fecha de examen:
---------	------------------

**Los proveedores de cuidado infantil:**

- Tienen contacto frecuente con los menores (desde que son bebés hasta la edad escolar) bajo su cuidado.
- Son responsables del cuidado físico y desarrollo social de los menores durante las horas diurnas o nocturnas.
- Es posible que necesiten levantar a los menores, agacharse y permanecer de pie durante largos períodos de tiempo.

**Estado de vacunación:**

Todos los empleados y proveedores de cuidado infantil deben consultar con su médico sobre la recepción de las vacunas apropiadas para su edad de acuerdo con el calendario de vacunación recomendado por el actual Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación) (ACIP). Las personas involucradas en la prestación de cuidado infantil a menudo entran en contacto con niños muy pequeños, quienes pueden o no estar completamente vacunados contra enfermedades prevenibles con vacunas. Es esencial que cada empleado y proveedor de cuidado infantil hable con su médico sobre los beneficios y riesgos asociados con recibir o no recibir todas las vacunas que el ACIP considera apropiadas para la edad, antes de participar en un entorno de cuidado infantil.

**(El médico debe marcar una)**

- Se revisó el historial de vacunación del paciente y el paciente está al día con todas las vacunas recomendadas por el ACIP.
- El paciente recibió asesoramiento sobre la recepción de vacunas apropiadas para su edad de acuerdo con el calendario actual de vacunación recomendado por el ACIP y rechazó las siguientes vacunas recomendadas:

---

---

---

**Examen de detección de tuberculosis:**

Todo el personal/proveedores de cuidado infantil deben recibir un examen inicial para detectar la tuberculosis. El examen basal constará de dos componentes:

1. Evaluación de los síntomas actuales de tuberculosis activa.
2. Detección de factores de riesgo asociados con la tuberculosis.  
**NOTA:** SOLO haga un TST o IGRA si el paciente tiene un factor de riesgo identificado o síntomas actuales de tuberculosis. No haga pruebas a individuos con resultados anteriores positivos.

**(El médico debe completar - Marcar y fechar)**

- Evaluación de los signos/síntomas de tuberculosis y análisis del factor de riesgo de tuberculosis completados Fecha: \_\_\_\_\_
- Prueba TST o IGRA completada (si se indica) Fecha: \_\_\_\_\_

\*\* Se puede acceder a consultas médicas y medicamentos contra la tuberculosis llamando al Iowa Department of Health and Human Services, Tuberculosis Control Program (Programa de Control de la Tuberculosis del Departamento de Salud Pública de Iowa) al 515-281-8636 o al 515-281-7504.

**Informe de examen físico de proveedor de cuidado infantil**

Personal del centro de cuidado infanti

• Proveedores de hogares de desarrollo infantil

**Estado general de salud:**

¿Tiene el individuo una enfermedad transmisible conocida u otras afecciones que representan una amenaza para la salud, la seguridad o el bienestar de los menores?

- Sí (Si la respuesta es Sí, describa en detalle a continuación).  No

¿El proveedor de cuidado infantil tiene una condición que limita la capacidad del proveedor para supervisar o evacuar con seguridad a varios menores dependientes en caso de emergencia?

- Sí (Si la respuesta es Sí, describa en detalle a continuación).  No

---

---

---

**Conclusión:**

- La persona puede participar en el cuidado infantil
- La persona puede participar en el cuidado infantil con las siguientes adaptaciones y restricciones (describa a continuación)
- La persona no puede participar en el cuidado infantil
- Adaptaciones o restricciones necesarias para satisfacer las demandas de proveer cuidado infantil

---

---

---

Puede usar un sello

**Firma del proveedor de atención médica**

Encierre en un círculo el tipo de proveedor: **MD DO PA ARNP DC**

Dirección:

Teléfono: