

## Asistencia Quirúrgica

### 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 quedar seleccionados\*\* tras el proceso de solicitud para su programa. Después de quedar seleccionado para continuar con el proceso de solicitud, deberá completar otros pasos antes de que lo acepten por completo en su programa.

**Una vez que haya quedado seleccionado para avanzar con el proceso de solicitud, debe completar una orientación obligatoria. Le darán instrucciones para completar estos requisitos. Los formularios de abajo se usarán para completar los requisitos del programa.**

\*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 a IMPACT al 1-866-211-3380 para acceder a una lista de clínicas de su zona.

\*\*Tenga en cuenta que quedar seleccionado mediante el proceso de solicitud no garantiza la admisión completa a su programa.

#### **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](mailto:studentservices@castlebranch.com).

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

- (1) Formulario de examen físico**
- (2) Formulario de vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)**
- (3) Formulario de vacunación contra la varicela**
- (4) Formulario de prueba de tuberculosis**
- (5) Formulario de vacunación contra el tétanos**
- (6) Formulario de vacunación contra la hepatitis B**
- (7) Formulario de aceptación del manual**
- (8) Formulario de exención de responsabilidad**
- (9) Formulario de certificación de RCP**
- (10) Formulario de firmas de funciones esenciales (cargue solo esta página)**
- (11) Formulario de historia ocular y control médico láser (examen de la vista)**
- (12) Formulario de vacunación contra la influenza (gripe)**
- (13) Formulario de verificación de prueba de detección de drogas (cargue solo esta página)**
- (14) 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](http://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](http://castlebranch.com))**  
*Nota: 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.**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **N.º de identificación:** \_\_\_\_\_



**Vacunación contra  
el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)  
(2)**

Comprobante de al menos dos vacunas MMR con un intervalo mínimo de 30 días o un análisis que dé pruebas de la inmunidad contra la rubéola y el sarampión. Si se hace un análisis de sangre, debe adjuntarse una copia de los resultados del laboratorio con los valores.

1) MMR                      Fecha: \_\_\_\_\_ Firma autorizada y título médico: \_\_\_\_\_

2) MMR                      Fecha: \_\_\_\_\_ Firma autorizada y título médico: \_\_\_\_\_

O

Valores de rubéola \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma autorizada y título médico: \_\_\_\_\_

Y

Valores de sarampión \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma autorizada y título médico: \_\_\_\_\_

**\*\*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 varicela**  
**(3)**

**VARICELA**

Debe tener la documentación de un proveedor de atención médica con el diagnóstico de varicela. Si no hay documentación disponible, debe presentar los resultados positivos de análisis de sangre con los valores o la documentación de dos vacunas aplicadas con un intervalo mínimo de 30 días. Si se hace un análisis de sangre, debe adjuntarse una copia de los resultados del laboratorio con los valores.

**RESULTADOS**

Información del paciente:

¿Tuvo varicela?

\_\_\_\_\_ *Sí*      \_\_\_\_\_ *No*      \_\_\_\_\_ *Fecha*      \_\_\_\_\_ *Firma autorizada y título médico*

**Q**

Primera vacuna  
contra la varicela

\_\_\_\_\_ *Fecha*      \_\_\_\_\_ *Firma autorizada y título médico*

Segunda vacuna  
a los 30 días

\_\_\_\_\_ *Fecha*      \_\_\_\_\_ *Firma autorizada y título médico*

**Q**

Valores de varicela

\_\_\_\_\_ *Fecha*      \_\_\_\_\_ *Resultados*      \_\_\_\_\_ *Firma autorizada y título médico*

**\*\*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:** \_\_\_\_\_

## Prueba de tuberculosis (4)

### 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 2 pasos, radiografía de tórax o TB Gold)

#### 1. Resultados del paso 1

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

#### 2. Resultados del paso 2

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

#### Radiografía de tórax (si es necesaria)

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

#### Valores de TB Gold (si es necesario)

Fecha de lectura	Resultados	Firma autorizada y título médico	Fecha de extracción
------------------	------------	----------------------------------	---------------------

#### Actualización anual

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

**\*\*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 el tétanos**  
**(5)**

**COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS:** (de los últimos 10 años)

\_\_\_\_\_

*Fecha*

\_\_\_\_\_

*Firma autorizada y título médico*

**\*\*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**  
**(6)**

**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 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 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma médica autorizada*

Fecha de la segunda dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma médica autorizada*

Fecha de la tercera dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*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:** \_\_\_\_\_





**Aceptación del manual**  
**(7)**

**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Página de firmas del Manual del estudiante**

Reconozco que soy responsable del contenido del Manual del estudiante actual de la Facultad de Ciencias de la Salud (School of Health Sciences) que se incluye en el sitio web de MATC en:

[http://www.matc.edu/student/Admissions/upload/Health\\_Sciences\\_handbook.pdf](http://www.matc.edu/student/Admissions/upload/Health_Sciences_handbook.pdf)

También acepto cumplir los términos y condiciones incluidos en el contenido del Manual del estudiante actual de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** *(en letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

**Número de identificación de estudiante de MATC:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_

**\*\*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:** \_\_\_\_\_



**Exención de responsabilidad**  
**(8)**

**ACUERDO DE ACEPTACIÓN DE RIESGOS Y  
RESPONSABILIDAD, Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Se celebra el Acuerdo de aceptación de riesgos y responsabilidad y exención de responsabilidad (“Acuerdo y Exención”) entre:  
\_\_\_\_\_ (escriba el nombre y apellido del estudiante en letra de imprenta) (“Participante”) y  
\_\_\_\_\_.

El Participante formará parte de un programa, un curso, una práctica, una capacitación o una actividad relacionada con la UNIVERSIDAD (“Actividad”). Se describirá con mayor detalle esta Actividad en cada una de las páginas del programa de la Facultad de Ciencias de la Salud de MATC, que se ha proporcionado al Participante.

El Participante entiende que existen ciertos peligros y riesgos inherentes a la Actividad. Estos incluyen, entre otros, el contacto con instrumentos médicos cortopunzantes o contaminados, enfermedades contagiosas, líquidos corporales o sangre infectados, instrumentos eléctricos, dispositivos electrónicos u otros riesgos relacionados o no con la atención al paciente y el centro médico particular. En determinadas circunstancias, estos peligros pueden incluir el daño o la destrucción de la propiedad, lesiones físicas graves o incluso la muerte.

El Participante acepta tomar los debidos recaudos en todo momento en relación con la propia seguridad del Participante y la seguridad de otras personas. El Participante acepta cumplir todas las normas, políticas y procedimientos de la UNIVERSIDAD que se establecen en el Código de Conducta incluido en el Manual del estudiante de la UNIVERSIDAD, como también cualquier norma, política y procedimiento adicional que se exija en el lugar de la Actividad. El Participante no tiene problemas de salud que pudieran impedir o restringir su participación en la Actividad.

***Conforme a ello, el Participante, en su nombre, en nombre de su cónyuge (si corresponde), sus herederos, cesionarios, personas relacionadas y entidades relacionadas, por el presente LIBERA Y EXIME a la UNIVERSIDAD, incluidos sus directores o consejo directivo, administradores, funcionarios, empleados, maestros, agentes y aseguradores, de cualquier reclamo, acción judicial, juicio, daño o responsabilidad que se basen en la negligencia, que el Participante tenga, tendrá o pueda tener en el futuro en contra de la UNIVERSIDAD y que surjan de la inscripción y participación del Participante en la Actividad, o que se relacionen con estas de otro modo. Sin embargo, la exención de responsabilidad no se aplica a ninguna acción o conducta imprudente o intencional de la UNIVERSIDAD.***

El presente Acuerdo y Exención se regirá por las leyes del estado de Wisconsin, que será el foro de cualquier demanda presentada en virtud de dicho Acuerdo y Exención o que resultare de este.

Al firmar este documento, el Participante reconoce que se informó plenamente sobre el contenido del Acuerdo y Exención, y que lo entiende. El Participante no se remitirá a ninguna manifestación, declaración o aliciente oral o escrito, aparte de los que se incluyen en este Acuerdo y Exención.

El Participante tiene al menos dieciocho (18) años de edad y es competente para firmar este documento. Si el Participante es menor de dieciocho (18) años, los padres o tutores certifican que son competentes para firmar este documento en nombre del Participante.

**Al firmar este Acuerdo y Exención, usted renuncia a derechos legales sustanciales. Lea y comprenda la totalidad del documento antes de firmarlo.**

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor legal (se requiere la firma si el Participante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Certificación de RCP**  
**(9)**

**Verificación de RCP:**

**Se aceptará solo el comprobante de un curso para proveedores de atención médica con una validez de dos años avalado por la Asociación Estadounidense del Corazón (American Heart Association).**

**Firme su credencial de RCP y cargue una copia del FRENTE y el DORSO de la credencial en [castlebranch.com](http://castlebranch.com).**

## Formulario de firmas de funciones esenciales

(10)

*(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
<a href="#">Auxiliar Odontológico</a>	<a href="#">Tecnología en Anestesia</a>	<a href="#">Auxiliar de Enfermería</a>
<a href="#">Auxiliar Odontológico Bilingüe</a>	<a href="#">Tecnología Cardiovascular</a>	<a href="#">Auxiliar de Enfermería Bilingüe</a>
<a href="#">Higiene Dental</a>	<a href="#">Técnico de Laboratorio Clínico</a>	<a href="#">Enfermería Práctica</a>
<a href="#">Técnico Odontológico</a>	<a href="#">Técnico en Dietética</a>	<a href="#">Progresión Educativa LPN-RN</a>
	<a href="#">Servicio Funerario</a>	<a href="#">Enfermería Titulada</a>
	<a href="#">Tecnología Informática de la Salud</a>	
	<a href="#">Coordinador de Unidades Médicas</a>	
	<a href="#">Gestión de Servicios de Atención Médica</a>	
	<a href="#">Auxiliar Médico</a>	
	<a href="#">Especialista en Codificación Médica</a>	
	<a href="#">Técnico Médico de Interpretación</a>	
	<a href="#">Asistente de Terapia Ocupacional</a>	
	<a href="#">Óptico: Cuidado de la Vista</a>	
	<a href="#">Técnico Farmacéutico</a>	
	<a href="#">Flebotomía</a>	
	<a href="#">Asistente de Fisioterapia</a>	
	<a href="#">Radiografía</a>	
	<a href="#">Diálisis Renal</a>	
	<a href="#">Terapeuta Respiratorio</a>	
	<a href="#">Instrumentador</a>	

### 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: \_\_\_\_\_

### Historia ocular y control médico láser (11)

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Programa:** \_\_\_\_\_ **Id. del estudiante:** \_\_\_\_\_

**¿Usted o algún familiar suyo ha tenido alguno de los siguientes?:**

	<b>Su historia</b>		<b>Historia familiar</b>	
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• Desmayos	Sí	No	Sí	No
• Diabetes	Sí	No	Sí	No
• Glaucoma	Sí	No	Sí	No
• Dolores de cabeza	Sí	No	Sí	No
• Problemas cardíacos	Sí	No	Sí	No
• Presión alta	Sí	No	Sí	No
• Problemas en los ojos en el pasado	Sí	No	Sí	No
• Problemas en la retina	Sí	No	Sí	No
• Cataratas	Sí	No	Sí	No
• Problemas de tiroides	Sí	No	Sí	No
• Otros problemas médicos crónicos	Sí	No	Sí	No

Si la respuesta es "Sí" a alguna de las preguntas de arriba, especifique: \_\_\_\_\_

Mencione todos los medicamentos que toma actualmente (incluya anticonceptivos y vitaminas): \_\_\_\_\_

Mencione todas las alergias ambientales, a alimentos o a medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Ha trabajado con láseres antes? **Sí** **No**

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué tipo de láser trabajó? \_\_\_\_\_

¿Dónde trabajó? \_\_\_\_\_

¿Qué cargo ocupó? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo involucrado en un accidente con láseres? **Sí** **No**

Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles fueron las lesiones? \_\_\_\_\_

¿Usa anteojos? **Sí** **No**

¿Usa lentes de contacto? **Sí** **No**

Si la respuesta es "Sí", ¿para qué los usa? \_\_\_\_\_

Fecha del examen de la vista más reciente: \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Resultados del examen:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Examen realizado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Historia ocular y control médico láser (cont.)**  
**(11)**

**Jaeger:**

Agudeza visual a corta distancia

Con/Sin receta:

O.D. \_\_\_\_\_  
O.S. \_\_\_\_\_  
O.U. \_\_\_\_\_

**Visión de los colores:**

O.D. \_\_\_\_\_/9

O.S. \_\_\_\_\_/9

**Agudeza visual a larga distancia:**

O.D. \_\_\_\_\_  
O.S. \_\_\_\_\_  
O.U. \_\_\_\_\_

**Tiempo:**

Tonómetro O.D. \_\_\_\_\_

Lectura O.S. \_\_\_\_\_

**Queratómetro:** O.D. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Lectura:** O.S. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Acciones recomendadas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Vacunación contra la influenza (gripe)**  
**(12)**

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**

**(13)**

***(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)**  
**(12)**

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 vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)
- (3) Formulario de vacunación contra la varicela
- (4) Formulario de prueba de tuberculosis
- (5) Formulario de vacunación contra el tétanos
- (6) Formulario de vacunación contra la hepatitis B
- (7) Formulario de aceptación del manual
- (8) Formulario de exención de responsabilidad
- (9) Formulario de certificación de RCP
- (10) Formulario de firmas de funciones esenciales (cargue solo esta página)
- (11) Formulario de historia ocular y control médico láser (examen de la vista)
- (12) Formulario de vacunación contra la influenza (gripe)
- (13) Formulario de verificación de prueba de detección de drogas (cargue solo esta página)
- (14) Formulario de aceptación de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

#### Otros

- Control de antecedentes penales (consulte [castlebranch.com](http://castlebranch.com))
- Prueba de detección de drogas (consulte [castlebranch.com](http://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](mailto:studentservices@castlebranch.com)

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