

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND  
Oficina de Cuidado Infantil  
**INFORME MÉDICO PARA CUIDADO INFANTIL**

Nombre de la persona sometida a evaluación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante/Proveedor/Centro de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

Estimado profesional de la salud:

La persona que será evaluada brinda (o piensa brindar) servicios de atención infantil o vive en un hogar donde se brindan (o se brindarán) servicios de guardería familiar.

1) **SE RESTRINGEN O REQUIEREN CONDICIONES ESPECIALES** para el contacto con niños bajo el cuidado debido a la presencia de cualquiera de los siguientes:

a) Enfermedad contagiosa: \_\_\_\_\_

b) Condición médica crónica o discapacidad física: \_\_\_\_\_

c) Trastorno de la visión/audición/habla: \_\_\_\_\_

d) Trastorno nervioso o emocional: \_\_\_\_\_

e) Consumo de drogas o alcohol: \_\_\_\_\_

f) Estado de vacunación: \_\_\_\_\_

2) Prueba de detección de tuberculosis: (si es necesario o lo exige el Funcionario de Salud Local.)

Tipo de prueba: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Responda la pregunta 3 si la persona sometida a evaluación brinda (o piensa brindar) servicios de cuidado infantil:**

Las personas que brindan servicios de cuidado infantil deben poder participar completamente en un programa para niños pequeños activos. Esto incluye levantar bebés y niños pequeños, levantarse de y acostarse en el suelo, actividades dinámicas al aire libre y mover muebles. Es posible que también incluya transportar niños en un vehículo de motor.

3) Describa las limitaciones médicas o medicamento(s) que esté tomando la persona y que pudiese afectar su capacidad para realizar actividades relacionadas con el cuidado, tales como las mencionadas anteriormente.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del médico, CNP, RPA

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**SELLE O ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA: el nombre y la dirección del médico, Enfermero Especializado Acreditado (Certified Nurse Practitioner, CNP), Asistente Médico Registrado (Registered Physician's Assistant, RPA).**