



Aprobación de Familias de Apoyo (RFA)

Evaluación preliminar del Condado/Oficina: _____

Propósito del formulario: Para verificar la salud física del solicitante. Tiene que ser completado por un profesional con licencia en el cuidado de la salud.

Nombre del solicitante: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:
---	----------------------

Por favor escriba una lista de los profesionales actuales con licencia en el cuidado de la salud (Nombre, Dirección, y Número de teléfono)

Doctor: _____

Especialista: _____

Otro: _____

Divulgación de Información: Por este medio autorizo a _____ para que comparta la información
(Nombre del doctor)

médica que está en este formulario a _____ para el propósito de determinar my salud física.
(Condado/Oficina)

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

I. Historial médico: (Marque las casillas que aplican y escriba un comentario):

<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Condiciones hereditarias	<input type="checkbox"/> Condición médica crónica
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Problemas del oído	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Condición respiratoria
<input type="checkbox"/> Trastorno de Convulsiones	<input type="checkbox"/> Detección de la tuberculosis <input type="checkbox"/> prueba <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> rayos X	
<input type="checkbox"/> Otro-		

Comentario: _____

Uso del tabaco

¿Fuma cigarrillos que contienen nicotina? _____ ¿Si así es, cuántas cajetillas al día? _____

Consumo del Alcohol

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume al día? _____

Limitaciones o restricciones de actividades físicas:

II. Exámen físico:

Estatura: _____ Peso: _____ Presión sanguínea: _____

Comentarios y diagnósticos

III. Medicamentos

(Por favor escriba todos los medicamentos que actualmente está tomando el paciente, incluyendo marihuana medicinal.

Puede nombrar los medicamentos adicionales en una hoja por separado.)

Nombre del medicamento	Dosis y la condición por la cual se le recetó:

IV. Comentarios adicionales por un profesional con licencia en el cuidado de la salud

(Por favor anote cualquier condición de la salud que pudiera crear un riesgo a la salud o seguridad del paciente, niños u otros bajo el cuidado del paciente.)

V. Certificación

Certifico que completé la evaluación preliminar de la salud de este paciente con el propósito de verificar la salud física del paciente.

Fecha de la examinación	Firma del profesional con licencia en el cuidado de la salud
Número de teléfono	Nombre en letra de molde del profesional con licencia en el cuidado de la salud
Dirección del profesional con licencia en el cuidado de la salud	

Recordatorio para el solicitante: Por favor devuelva la evaluación preliminar de la salud RFA completada a su trabajador de RF.