

**CERTIFICATE OF HEALTH ASSESSMENT FOR PERSONS 16 YEARS OF AGE OR OLDER**  
**CERTIFICADO DE EVALUACIÓN DE SALUD PARA PERSONAS DE 16 AÑOS O MÁS DE EDAD**

K.A.R. 28-4-126(b)(1) requires each person over 16 years of age regularly caring for children to have a health assessment completed by a licensed physician or by a nurse trained to perform health assessments. Substitutes in a licensed day care home or licensed group day care home or registered family day care home are not required to obtain a health assessment. All persons over 16 years old of age living in a Family Foster Home [K.A.R. 28-4-316(b)(1)] must have a health assessment. A Physician Assistant (PA) may complete the health assessment and must include the signature of the licensed physician authorizing the PA. The Health Assessment must be recorded on this DCF form. Substitute forms are not accepted.

El K.A.R. 28-4-126(b)(1) exige que cada persona de 16 o más años de edad que cuide niños regularmente se someta a una evaluación de salud realizada por un médico o por una enfermera entrenada para realizar evaluaciones de salud. No se requiere que las personas sustitutas de una Guardería de Niños en Hogar con Licencia o de una Guardería Grupal de Niños en Hogar con Licencia o de una Guardería Familiar Niños en Hogar Registrado obtengan una evaluación de salud. Todas las personas mayores de 16 años de edad que vivan en un Hogar Familiar Sustituto [K.A.R. 28-4-316(b)(1)] deben someterse a una evaluación de salud. Un Asistente de Médico (PA, por sus siglas en inglés), puede realizar la Evaluación de Salud y debe incluir la firma del médico que autorice al Asistente de Médico. La Evaluación de Salud debe ser apuntada en este formulario DCF. Formularios sustitutos no son aceptados.

TO BE FILLED OUT BY CARE GIVER. (Please print)  
 ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO. (Por favor escriba en letra imprenta)

---

Name of the facility exactly as stated on the license or certificate	License /Certificate #
Nombre de la institución exactamente como se estipula en la licencia o certificado	# Licencia /Certificado

---

Street Address	City	Zip Code	County
Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado

---

Check type of child care facility:  
 Marque la clase de institución de Guardería de Niños:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registered Family Day Care Home Guardería Familiar de Niños en Hogar Registrado | <input type="checkbox"/> Preschool Jardín de Niños Preescolar                                | <input type="checkbox"/> Attendant Care Facility Institución con Ayuda de Cuidado Personalr | <input type="checkbox"/> Maternity Center Centro de Maternidad  |
| <input type="checkbox"/> Licensed Day Care Home Guardería de Niños en Hogar con Licencia                 | <input type="checkbox"/> School Age Program Programa de Guardería para niños de Edad escolar | <input type="checkbox"/> Detention Center Centro de Detención                               | <input type="checkbox"/> Residential Center Centro Residencial  |
| <input type="checkbox"/> Group Day Care Home Guardería Grupal de Niños en Hogar                          | <input type="checkbox"/> Head Start Center Centro de Programa de Enseñanza Preescolar        | <input type="checkbox"/> Family Foster Home Hogar Familiar Sustituto                        | <input type="checkbox"/> Secure Residencial Treatment Facility Institución Segura Residencial con Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Child Care Center Centro de Guardería de Niños                                  |  | <input type="checkbox"/> Group Boarding Home Hogar de Alojamiento Grupal                    | <input type="checkbox"/> Secure Care Center Centro Seguro de Cuidado  |

Name of Provider/Staff  
 Nombre de Proveedor/Empleado

---

First (M) Last	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
Nombre Segundo Nombre Apellido	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

Please check each question. If answer is yes, please explain  
 Por favor marque cada pregunta. Si la respuesta es positiva (Sí), por favor explique.

Yes No  
 Sí No

1. Do you see a physician regularly for any health condition?  
 ¿Visita usted a un médico regularmente para tratar alguna condición de salud?
2. Are you taking any medication regularly?  
 ¿Está usted tomando algún medicamento en forma regular?
3. Have you had any surgery in the past 3 years?  
 ¿Se ha sometido usted a alguna cirugía en los últimos 3 años?
4. Do you have any handicapping conditions which might interfere with the care of children?  
 ¿Tiene usted alguna condición de incapacidad que pueda interferir con el cuidado de niños?
5. Do you have any chronic illness conditions such as:  
 ¿Tiene alguna condición de enfermedad crónica como:?:

	Yes Sí	No No		Yes Sí	No No		Yes Sí	No No
Headaches Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholism Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lung Disease Enfermedad de los Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Illness Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN, OR NURSE TRAINED TO PERFORM HEALTH ASSESSMENTS:  
 ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL MÉDICO O POR LA ENFERMERA ENTRENADA PARA REALIZAR  
 EVALUACIONES DE SALUD:**

I have reviewed the above information and have conducted an examination and any tests indicated. Sign one of the statements below (1 OR 2)

He revisado la información anterior y he realizado un examen y he tomado las pruebas indicadas. Firme una de las siguientes declaraciones (1 ó 2):

1. I do not find evidence of physical or mental illness that would conflict with the ability to care for the health, safety or welfare of children.
1. No encuentro evidencia de enfermedad física o mental que pudiera afectar la habilidad de la persona para cuidar la salud, seguridad y el bienestar de niños.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Licensed Physician or Nurse trained to perform health assessments  
 Firma del Médico o la Enfermera Entrenada para realizar evaluaciones de salud

\_\_\_\_\_  
 Date (MM/DD/YYYY)  
 Fecha (Mes/Día/Año)

2. I found evidence of physical or mental illness that would conflict with the ability to care for the health, safety or welfare of children.
2. He encontrado evidencia de enfermedad física o mental que pudiera afectar la habilidad de la persona para cuidar la salud, seguridad y el bienestar de niños.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Licensed Physician or Nurse trained to perform health assessments  
 Firma del Médico o la Enfermera Entrenada para realizar evaluaciones de salud

\_\_\_\_\_  
 Date (MM/DD/YYYY)  
 Fecha (Mes/Día/Año)

Record results of TB test or attach results to this form.

Apunte los resultados de la prueba de Tuberculosis o adjunte los resultados a este formulario.

Negative tuberculosis test \_\_\_\_\_ or negative Chest X-ray \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date)  
 Prueba de Tuberculosis Negativa \_\_\_\_\_ o Rayos-X Negativos \_\_\_\_\_ Tomada(o) el \_\_\_\_\_ (fecha)

(Repeat test, not needed unless there is exposure or symptoms.)  
 (Repita la prueba, no es necesario repetirla a menos que haya exposición o síntomas.)

Test read by  
 Prueba Leída por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Licensed Physician/ Nurse Signature or Health Department  
 Firma del Médico/ Enfermera o del Departamento de Salud

\_\_\_\_\_  
 Date (MM/DD/YYYY)  
 Fecha (Mes/Día/Año)