Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur Servicios Regulatorios de Cuidado Infantil DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre:			NSS:		
Apellido Primer Nombr	е	Segur	ndo		
Dirección de Domicilio:	Call	e	Ciudad Estado	Código I	Postal
Fecha de Nacimiento:	□ Ma			g-	
Declaración de su estado actual de salud en sus	s propia	as pala	abras:		
¿Ha tenido o tiene actualmente alguno de los s	iguiente	es:			
Enfermedad/Condición	Si	No	Enfermedad/Condición	Si	No
Problemas de la Visión			Desgarro o Hernia		
Problemas de los Oídos, Nariz o Garganta			Hemorroides		
Pérdida de la Audición			Azúcar o Albumen en la Orina		
Dolores de Cabeza Frecuentes/Severos			Ictericia		
Mareos o Desmayos			Diabetes		
Lesión en la Cabeza			Problemas del Corazón		
Epilepsia o Convulsiones			Deformidad de Huesos, Articulaciones u Otras		
Dificultad para Respirar o Problemas Pulmonares			Problemas de la Espalda		
Expulsar Sangre al Escupir			Tumor, Protuberancia o Cáncer		
Tuberculosis			Condición Nerviosa		
Enfermedades de la Piel			Consumo de Drogas o de Narcóticos		
Dolor o Presión en el Pecho			Reacción Negativa a la Medicación		
Presión Arterial Alta			Alcoholismo		
Indigestión Frecuente			Enfermedad o lesión no mencionada antes		
Problemas del Estómago, Hígado o Intestinos			Pérdida del Conocimiento		
¿Le han negado alguna vez un empleo o no ha	podido	o man	tener un trabajo por razones de salud?		
¿Le han negado alguna vez un seguro de vida	?				
¿Alguna vez le han rechazado o dado de baja del servicio militar por razones físicas, mentales u otras?					
Si alguna casilla fue marcada como "Sí", por fa	or evn	liane.			
Si alguna casilla lue marcada como Si , por la	voi exp	ilque.			
Por favor, proporcione a continuación la informa	ción co	rresp	ondiente sobre la ausencia de tuberculosis (TB):		
			comprobante escrito de un médico o recurso o	de salı	ud qu
certifique que usted está libre de tuberculosis co	ntagios	sa:	Fecha de Verificación		
EMPLEADO ACTUAL: Marque abajo si se le re	auiere	-			
■ No se requieren más pruebas de TB □ S					
	-		PORCIONADA POR MÍ ES VERDADERA Y	COMI	PLET
SEGÚN MI CONOCIMIENTO.			CHOICE ON THE CONTRACTOR I	551111	'
Firma			 Fecha		