|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | | LICENSING DIVISION (LD)  **Informe médico elaborado por el solicitante**  **CONFIDENCIAL**  **Applicant Medical Self Report CONFIDENTIAL** | |
| **Applicant Name:**  **Nombre del solicitante:** | | | |
| **Medical History**  **Historial médico** | | | |
| What is the date of your last physical exam (if known)?  ¿En qué fecha se hizo su último examen físico (si la conoce)? | | | |
| Current and/or past diagnosis – Have you ever been diagnosed with any of the following conditions? Please check all that apply and provide comments, if applicable. *For license renewal, please include the last three (3) years.*  Diagnósticos actuales y pasados – ¿alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes trastornos? Márquelos y escriba comentarios, si corresponde. *Para renovación de licencia, incluya los últimos tres (3) años.* | | | |
| Heart Disease:  Cancer:  Chronic Medical Condition:  Hereditary Condition(s):  Seizure Disorder:  Orthopedic Problems:  Autoimmune Disease: | Stroke:  Mental Health Condition:  Kidney Disease  Allergies  Diabetes  Thyroid Disease  Chronic Pain | | Hypertension  Heart Attack  Impaired Hearing  Respiratory Condition  Impaired Sight  Other Condition or Injury: |
| Enfermedad cardiaca:  Cáncer:  Enfermedad crónica:  Enfermedades hereditarias:  Trastorno convulsivo:  Problemas ortopédicos:  Enfermedad autoinmune: | Accidente cerebrovascular:  Trastorno de salud mental:  Enfermedad renal  Alergias  Diabetes  Enfermedad de tiroides  Dolor crónico | | Hipertensión  Ataque cardiaco  Problemas de audición  Trastorno respiratorio  Problemas de la vista  Otro trastorno o lesión: |
| Are you currently under a physician’s care for any of the diagnoses or injuries listed above?  No  Yes  If yes, please list diagnoses/injuries:  Have you ever participated in counseling (e.g. individual, family, group, etc.)? *For license renewal, please include the last three (3) years.*  No  Prefer to discuss in person  Yes (optional comments)  ¿Actualmente recibe atención médica por alguno de los diagnósticos o las lesiones que se mencionaron?  No  Sí  Si contestó que sí, escriba los diagnósticos o lesiones:  ¿Alguna vez ha recibido terapia (individual, familiar, grupal, etc.)? *Para renovación de licencia, incluya los últimos tres (3) años.*  No  Prefiero abordar este tema en persona  Sí (comentarios opcionales) | | | |
| Please list any surgeries or hospital stays you have had and their approximate date.  Type of surgery/reason for hospitalization Date  Escriba los procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones que haya tenido y sus fechas aproximadas.  Tipo de operación/motivo de la hospitalización Fecha | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Describe your frequency and type of tobacco use, if any:  Describa la frecuencia y tipo de su consumo de tabaco, de haberlo: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Describe your frequency and type of recreational marijuana/THC use, if any:  Describa la frecuencia y tipo de su consumo de marihuana/THC, de haberlo: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Describe your frequency and type of alcohol use, if any:  Describa la frecuencia y tipo de su consumo de alcohol, de haberlo: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Do you have any limitations or restrictions on physical activity?  No  Yes  If yes, please describe:  ¿Tiene alguna limitación o restricción en su actividad física?  No  Sí  Si contestó que sí, describa: |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medications**  **Medicamentos** | | | |
| Please list all medications you are currently taking including over the counter medications and medical marijuana. Additional medications can be listed in an attachment.  Escriba todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo los medicamentos de venta libre y la marihuana médica. Puede incluir medicamentos adicionales en una hija adjunta. | | | |
| Name of medication  Nombre del medicamento | Dosage and frequency  Dosis y frecuencia | Condition prescribed for  Enfermedad para la que lo toma | Side Effects – Note any that may impact the care of children  Efectos secundarios - Anote todos los que podrían afectar al cuidado de los menores |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Competence**  **Competencia** | | | |
| Do you consider yourself mentally, physically, and emotionally competent to care for children?  Yes  No  If no, please explain:  ¿Se considera menta, física y emocionalmente competente para cuidar menores?  Sí  No  Si contestó que no, explique: | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Additional Comments**  **Comentarios adicionales** |
| Do you have any additional comments you want to include in your medical history?  Yes  No  ¿Tiene comentarios adicionales que desee incluir en su historial médico?  Sí  No |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature**  **Firma** | |
| I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge.  Declaro que la información anterior es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento. | |
| APPLICANT NAME  NOMBRE DEL SOLICITANTE | DATE OF BIRTH  FECHA DE NACIMIENTO |
| APPLICANT SIGNATURE  FIRMA DEL SOLICITANTE | DATE  FECHA |