## LA CASA DE RONALD McDONALD - PUEBLA

## CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Algunos de los niños que se hospedan en la Casa de Ronald McDonald son o están bajo tratamiento de condiciones que amenazan la vida y no están en posibilidad de luchar contra enfermedades de tipo común. Ellos podrían enfermarse gravemente o incluso morir si son expuestos a ciertos gérmenes. Una fuente externa de infección traída a la Casa constituye un serio riesgo para un niño que ya está enfermo. Por lo tanto, POR FAVOR responda a las siguientes preguntas y reporte CUALQUIER enfermedad que usted o su familia pudiese desarrollar a cualquier miembro del Staff inmediatamente. Si su hijo recibe tratamiento en un Hospital, y usted planea que se hospede en la Casa, es bajo su responsabilidad el discutir la situación con él médico de su hijo y determinar si es seguro que su hijo se exponga a otros niños o adultos.

Ha estado usted o cualquiera que se hospede con usted en la Casa de Ronald McDonald, expuesto a/o sufre de cualquiera de las siguientes condiciones:

#### FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Varicela

En las tres últimas semanas Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Sarampión, Rubéola Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Meningitis Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Hepatitis Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Tos Ferina Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Paperas Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Tuberculosis Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Infección Viral o Bacteriana Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

(Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sarna, piojos Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

(Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He leído las declaraciones anteriores acerca de la política de enfermedades contagiosas y estoy de acuerdo en su cumplimiento completo. Libero a la Casa de Ronald McDonald Puebla de toda responsabilidad en el evento de que yo, u otra persona que se hospede conmigo se enfermen o sufra lesiones. Todos los adultos deberán firmar al calce. La aceptación de esta política aplica a las actuales y futuras estancias en la Casa de Ronald McDonald, en Puebla.

Nombre y firmas de los responsables: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de anotar a todos los miembros de la familia que se hospeden en la Casa de Ronald McDonald y que nunca hayan tenido Varicela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el interés de la seguridad de todos, algunas condiciones pre-existentes podrán requerir mayor información y evaluación antes de aprobar su estancia. En nuestra política que nadie con una enfermedad contagiosa se hospede en la Casa. Su cooperación y ayuda son necesarias para que el ambiente sea lo más seguro y sano posible.

Complete la siguiente línea solamente si respondió “Si” a cualquiera de las anteriores: Otorgo mi permiso a la casa de Ronald McDonald Puebla para obtener información referente a cualquier condición médica infecciosa según indica en esta forma, de parte del médico u otro miembro del staff, que me atendió y me proporcionó tratamiento. El nombre del médico o Institución a contactar es:

Nombre Domicilio Teléfono