

**COMMUNITY SERVICES**

WCCS-75000-102-SPA (3-25)

Discapacidades intelectuales o del desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés)

Formulario de examen físico

Envíe el formulario completado a:

Washington County Community Services - IDD Intake Unit

14949 62nd St. N., P.O. Box 30, Stillwater, MN 55082

Teléfono: 651-430-6422 | Fax: 651-430-6527 | Email: CSAAD-IDD-Eligibility@washingtoncountymn.gov*(Puede enviar una copia del formulario de examen físico de su proveedor médico en lugar de completar este formulario)*

Nombre: _____ Fecha del examen: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____

Presión arterial: _____ Pulso: _____ Temp.: _____ Resp.: _____

Diagnósticos

Enumere todos los diagnósticos:

AlergiasEnumere todas las alergias *(con reacción, si corresponde)*:¿El paciente está libre de enfermedades contagiosas? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, indique el nombre de la enfermedad y las precauciones necesarias: _____

¿El cliente se ha sometido a la prueba de hepatitis B? ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

Resultados: ☐ Positivo ☐ Negativo**Examen físico**

Proporcione un resumen del examen físico de su paciente y cualquier plan de tratamiento:

Nombre del proveedor *(en letra imprenta)*: _____

Firma del proveedor: _____

Nombre de la clínica: _____ Número de teléfono de la clínica: _____

Dirección de la clínica: _____