



Solicitud de Voluntario(a) – Declaración de Salud
NUESTROS PEQUEÑOS HERMANOS INTERNACIONAL
CONFIDENCIAL

Nombre del(la) solicitante:

Fecha de nacimiento:

País en donde servirá el(la) solicitante:

Nombre de la aseguradora (si tiene) y número de póliza:

El (la) solicitante indicado arriba ha solicitado un puesto de voluntariado en una de las nueve casas de **Nuestros Pequeños Hermanos**, una organización global sin fines de lucro que sirve niños, adolescentes, y jóvenes en México, Honduras, Haití, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, República Dominicana, Perú y Bolivia. Los voluntarios viven en condiciones difíciles y estarán expuestos a enfermedades tropicales y enfermedades transmitidas por diferentes vectores.

Una buena salud es de suma importancia para los voluntarios. La presencia de enfermedades preexistentes no descalifica al solicitante para el servicio, pero puede ser difícil obtener el mismo tipo de atención que él(ella) puede tener en su país de origen. El solicitante tendrá acceso a servicios de salud básicos de atención primaria proveídos por NPH. El voluntario puede acceder a cuidados extraordinarios fuera de NPH, pero tendrá que asumir los costos de los servicios.

Se requerirá documentación adicional de solicitantes con condiciones preexistentes, incluyendo condiciones de salud mental.

Solicitantes que tomen medicamento permanente tendrán que traer una provisión de un año o asumir todos los costos de comprarlo en el país de servicio.

Un médico certificado debe de llenar la declaración de salud abajo. No se aceptarán declaraciones de salud llenadas por un familiar del solicitante.

El Programa de Voluntarios de NPH Internacional se reserva el derecho de negar un solicitante debido a una condición que pone al solicitante en riesgo.

Para ser llenado por un médico:

¿Desde cuándo conoce al aplicante?

¿El solicitante ha sido diagnosticado con, o está atravesando por alguno de los siguientes malestares?

	SI	NO
Dolores de cabeza fuertes o frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de oído, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones respiratorias o resfriados crónicos o frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, favor de anotar el tipo de medicamento requerido y la frecuencia de los ataques:</i>		
Hipotensión o Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, favor de anotar si el paciente está tomando algún medicamento y si se lleva un control:</i>		
Síntomas digestivos frecuentes: estómago o intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, favor de anotar si el paciente está tomando algún medicamento y si se logra el control:</i>		
Infecciones o piedras en el riñón, ITUs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con ojos, oídos, nariz, garganta, mandíbula o dentales que requieren cuidado especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hígado, páncreas, vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes- tipo I o II o alguna otra enfermedad endócrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión, ansiedad o preocupación excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, favor anotar si el paciente está tomando algún medicamento para estos problemas:</i>		
Algún diagnóstico de enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, favor anotar si el paciente está tomando algún medicamento para estos problemas:</i>		
Desorden de sangre o vasos sanguíneos, como problemas de sangrado, anemia, hemofilia, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemas de corazón, cardíacos o cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna enfermedad que afecte potencialmente el sistema inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques u otros desórdenes neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (a medicamentos, vacunas o componentes de vacunas, como huevo, levadura, piquetes de insectos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción grave como urticaria, respirar con dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si es así, anote si el paciente está tomando medicamento y qué control se requiere:</i>		
Historia del trastorno alimentario(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, ¿estuvo bajo tratamiento? ¿Cuándo?</i>		
Historia del abuso de drogas o alcohol/adicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si la respuesta es sí, ¿estuvo bajo tratamiento? ¿Cuándo?</i>		

Favor de comentar las casillas en las que su respuesta fue positiva o “sí”:

¿Existe alguna afección médica que no aparece en la lista y que debiéramos saber?

¿Hay algún trastorno de salud mental que no está incluido anteriormente?

¿El solicitante toma algún medicamento o tratamiento en forma crónica para prevenir o controlar alguna enfermedad médica o psiquiátrica? En caso de sí, por favor mencione el nombre genérico (no el nombre comercial).

Si el solicitante necesita dotación de medicamento para un año, ¿podrá obtenerlo antes de su partida?

¿Alguna enfermedad que requiera alojamiento especial para el solicitante?

OTROS COMENTARIOS O PREOCUPACIONES:

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

Por favor proporcione las fechas de estas vacunas y el último refuerzo.

VACUNAS REQUERIDAS POR NPH:

Tétano/Difteria/Tosferina					
Hepatitis A					
Hepatitis B					
MMR (SRP en algunos países)					
Fiebre amarilla <i>(Solamente necesario para solicitantes que irán a o vienen de Sudamérica o Panamá)</i>					

Por favor anotar si algunas de las vacunas mencionadas arriba no están actualizadas:

VACUNAS OPCIONALES (NO REQUERIDAS POR NPH):

Tifoidea

Rabia

PRUEBA DE PPD

1. Ha estado el solicitante trabajando en hospitales?
2. Ha estado el solicitante en contacto con pacientes con Tuberculosis?
3. Ha sido algún familiar del solicitante diagnosticado con Tuberculosis?

Si la respuesta es “sí” a una o más de las preguntas anteriores, el solicitante debe realizarse una prueba de PPD o similares. Si la respuesta es “no” a TODAS las preguntas anteriores, el solicitante no tiene que realizarse una prueba de PPD.



Fecha de examen de PPD: Resultado: dato en mm
Otros análisis de TB (nombre y resultado):

Si positivo:

Fecha de radiografía de tórax:
Resultado de radiografía de tórax:
Fechas de tratamiento:

El solicitante presentará su Declaración de Salud al Coordinador de Voluntarios de la oficina de NPH que se responsabiliza por su aplicación, o al Coordinador Internacional de Voluntarios si viene de un país sin oficina NPH. En caso de que sea necesario, se compartirá la Declaración de Salud con Servicios médicos de NPH Internacional para consultas. La Declaración de Salud se compartirá con el Coordinador de Voluntarios en la casa NPH donde el solicitante hará su voluntariado, y también con el médico de la clínica NPH in situ.

Por favor ingrese a las páginas de la OMS o CDC para recomendaciones de viajes y salud:

www.cdc.gov/travel
www.who.int

COMENTARIOS:

****** Al firmar esta declaración de Salud usted está afirmando que hasta dónde llega su conocimiento, el solicitante está lo suficientemente sano para vivir en un país en desarrollo con acceso mínimo a servicios de salud por un mínimo de un año. ******

Firma y sello del médico:
Nombre del médico:
Domicilio:
Fecha:

La omisión de información y la falta de veracidad sobre el estado de salud del voluntario para NPH puede resultar en la cancelación del servicio voluntariado

CONFIDENCIAL