

## Historia de Salud del Niño

Nombre de Nino: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona Entrevistada: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Centro de Head Start: \_\_\_\_\_

### **MEDICOS**

¿Acaso la madre or el nino tuvo problemas de la salud durante el embarazo o nacimiento?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Cuantos peso el nino al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

¿Ha sido hospitalizado el nino o ha tenido una operacion?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido el nino algun accidente grave?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Es posible que el nino tenga: (marque todas las que aplican):  Asma  Anemia  Parálisis Cerebral  Varicela  
 Tos Ferina  Diabetis  Epilepsia  Eccema  El Envenenamiento Por Plomo  enfermedad de célula falciforme  
 Diarrea Crónica  Estreñimiento Crónico  Dolor de Estómago Crónico  Otros: \_\_\_\_\_

¿Acaso el nino tiene dificultades visuales?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Uso o deberia de usar anteojos el nino?  Si  No

¿Tiene problemas el nino con los oidos/audicion?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿El nino toma algun otro remedio ahora?  Si  No *Lista:* \_\_\_\_\_

¿Será necesario administrarlo mientras el nino este en Head Start?  Si  No *If Si, Un formulario especial de consentimiento deberá ser firmado antes de que Head Start pueda administrar cualquier remedio*

¿Su hijo tiene alguna alergia que han sido **diagnosticados** por un médico ( alimentos, medicamentos , medio ambiente)?  Si  No  
*List:* \_\_\_\_\_

¿ Su hijo tiene una condición médica **diagnosticada** ?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita ayuda al ir al bano?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre la salud en general , el desarrollo o el comportamiento de su hijo?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

### **DENTAL**

¿Ha experimentado a su hijo un traumatismo facial?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún problema dental?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Su hijo está actualmente en tratamiento por algún problema dental?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

### **EMOTIONAL/GROWTH & DEVELOPMENT**

¿Tiene o alguna vez se siente el crecimiento general del niño y el desarrollo es / era anormal o diferente a otros niños de la misma edad?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Ha habido grandes cambios en la vida de su hijo durante los ultimos seis meses?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

¿Tiene dudas sobre el desarrollo emocional de su hijo?  Si  No *Explicar:* \_\_\_\_\_

*Head Start Personnel:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_