

Historia de Salud del Niño

Nombre de Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Persona Entrevistada: _____ Relacion: _____

Centro de Head Start: _____

MEDICOS

¿Acaso la madre o el niño tuvo problemas de la salud durante el embarazo o nacimiento? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

¿Cuanto peso el niño al nacer? _____ libras _____ onzas

¿Ha sido hospitalizado el niño o ha tenido una operación? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

¿Ha sufrido el niño algún accidente grave? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

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

¿Acaso el niño tiene dificultades visuales? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

¿Usa o debería de usar anteojos el niño? ☐ Si ☐ No

¿Tiene problemas el niño con los oídos/audición? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

¿El niño toma algún otro remedio ahora? ☐ Si ☐ No *Lista:* _____

¿Será necesario administrarlo mientras el niño esté 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 **diagnostica**? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

¿Su hijo necesita ayuda al ir al baño? ☐ 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 últimos seis meses? ☐ Si ☐ No *Explicar:* _____

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

Head Start Personnel: _____ Date: _____