

COMPONENTE DEL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO(A)

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento __/__/__ Sexo ____
Raza/Etnia _____
Completado por _____ Fecha evaluación __/__/__ Actualización __/__/__

Médico principal Nombre _____ Dirección _____ _____ Teléfono () _____ Fecha del último examen _____	Dentista Nombre _____ Dirección _____ _____ () _____ Fecha del último examen dental _____
--	--

Proveedores médicos/dentales pasados

Nombre _____ Especialidad _____ Teléfono () _____
Nombre _____ Especialidad _____ Teléfono () _____

HISTORIAL FAMILIAR AL NACIMIENTO

Madre biológica

Estado de salud actual _____

Trastornos emocionales _____

Padre biológico

Estado de salud actual _____

Trastornos emocionales _____

¿Historial de violencia familiar? Sí__ No__

¿Historial de consumo/abuso de alcohol o drogas? Sí__ No__

¿Trastornos genéticos? Sí__ No__ Liste _____

Otra información importante _____

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO(A)

Alergias /Sensibilidad a medicinas _____

Cirugía /hospitalizaciones _____

Lesiones _____

Enfermedades transmisibles _____

Problemas médicos actuales _____

Problemas de desarrollo /aprendizaje _____

Problemas importantes de comportamiento _____

¿Se ha efectuado la evaluación DEC? Sí ____ No ____ Fecha de evaluación _____

Trastorno mental /enfermedad emocional diagnosticados _____

¿Requiere anteojos/lentes de contacto? Sí__ No__ ¿Requiere audífonos (dispositivos para oír? Sí__ No__

Problemas dentales actuales _____

Necesidades especiales de dieta _____

Información adicional de salud _____

(Adjunte un resumen breve del historial de salud/social importante que pueda influir en la provisión del cuidado de la salud)

Medicamentos actuales

Dosis

Quién prescribió

1) _____

2) _____

3) _____

Estado de inmunizaciones

Actual ____ 1-2 inmunizaciones atrasadas ____ Más de 2 inmunizaciones atrasadas ____

Desconocido ____ (Adjunte copia de registro de inmunizaciones)

EXAMEN FÍSICO DEL NIÑO(A)

(Por favor escriba toda la información)

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Raza/Etnia _____
DSS del Condado _____ Nombre del trabajador social _____
Persona que acompaña al niño(a) _____
Nombre del medico examinador _____
Dirección _____ Teléfono () _____

RESULTADOS DEL EXAMEN FÍSICO

Temperatura _____ Pulso _____ Respiraciones _____ Presión arterial _____ / _____
Estatura _____ (Percentil) _____ Peso _____ (Percentil) _____ Circunf. cabeza. _____ (Percentil) _____

Evaluación

Visión (Marque una) HOTV SNELLEN PICTURE **Audición (Marque una)** Belltone Hear Kit

D _____ I _____ OU _____ D _____ I _____ OU _____

¿Con anteojos? Sí _____ No _____

Desarrollo (Marque una): EVALUACIÓN DDST II PDQ NO PROBADA

Resultados: No probada _____ Normal _____ Cuestionable _____ Anormal _____

Comentarios: _____

Lab: Hgb/Hct (Si indicado): Normal Anormal ; Prueba Piel TB (Si indicado): Normal Anormal

Examen físico (0 = normal, X = anormal)

Cabeza _____ Ojos _____ Oídos _____ Nariz _____ Boca _____ Dientes _____ Garganta _____

Pechos _____ Pulmones _____ Corazón _____ Abdomen _____ Genitales _____ Extremidades _____

Neurológico _____ Piel/Bultos _____

Resultados positivos de alguna condición médica/dental que necesita atención:

Enfermedades transmisibles: Pruebas (Como se indica)

VDRL Resultados: _____

VIH/SIDA Resultados: _____

HEPATITIS B Resultados: _____

OTRA Resultados: _____

¿Tiene el niño(a) señales o síntomas de alguna enfermedad transmisible que representaría un riesgo importante de transmisión en un hogar? Sí _____ No _____ Desconocido _____

Si "Sí", especifique enfermedad _____

Recomendaciones

Pruebas adicionales: _____

Tratamiento de seguimiento: _____

Medicamentos: _____

Inmunizaciones administradas: _____

Limitaciones a actividad física: _____

Otra: _____

Médico examinador (Firma) _____ Fecha _____