



HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO

**** CONFIDENCIAL ****

FOSTER

Nombre del niño: _____
 Padre/Guardián: _____
 2nd Year Parent Initial _____ Date _____

Fecha de Nac: _____ Varón Mujer
 Servicios de W.I.C.: Si No
 Número de W.I.C. : _____

Aseguradora: Medi-Cal Privado Ninguno
 Plan Médico: _____
 Plan Dental: _____

1. SALUD DE INFANCIA/NINEZ		
Peso al Nacer	lbs.	oz.
Marque Si o No	Si	No
Nacimiento Prematuro		
Problemas al comer/aumentó peso despacio		
Dificultad al respirar		
Caminó su hijo a los 14 meses?		
Habló su hijo alguna palabra a los 15 meses?		
Se expuso a su hijo a drogas/alcohol/humo de tabaco durante su embarazo?		
Está su hijo expuesto al humo de fumar de segunda mano?		
Ha tenido su hijo una enfermedad/lesión, hospitalizado durante la noche o ha tenido cirugía?		
2. MEDICAMENTOS		
Está su hijo tomando medicinas?	Si	No
Fluoruro		
Vitaminas		
Hierro		
Enliste las medicina(s) recetada(s):		
3. Cheque la columna de "Familia" si hay un historial de las siguientes condiciones en su familia. Cheque la columna del "Niño" si aplica a su hijo.		
	Familia	Niño
Alergias		
Anemia		
Asma		
Convulsiones / Epilepsia		
Diabetes		
Reacción a un medicamento específico		
Sobrepeso/Obesidad		
Alcohol/Abuso de Sustancias		
Autismo/Trastorno Generalizado del Desarrollo(PDD)/Asperger		
Retraso en el Desarrollo o Intelectual		
Enfermedad de las células falciformes		

4. Ha tenido el niño alguno de los siguientes?	Si	No
Problemas de visión		
Usa lentes		
Más de 3 infecciones del oído		
Tubos en los oídos		
Frecuente constipación/diarrea/dolores del estómago		
Más de 3 resfriados al año		
Pulmonía		
Eccema		
Parálisis Cerebral		
Fracturas		
Problemas de los dientes, encías, o boca?		
Puede entender lo que dice su niño?		
Está usted preocupada por la habilidad de lenguaje o habla tardía?		
5. Entrenamiento del Baño	Si	No
El niño expresa la necesidad y puede preguntar usar el baño.		
Es capaz el niño de ir al baño, bajarse y subirse la ropa, subirse y bajarse del baño sin ayuda?		
Usa el niño pañales o de práctica?		
Tiene su hijo más de 2 accidentes del baño al día?		
6. HISTORIA DEL CUIDADO DENTAL		
Son los dientes de su hijo?	Si	No
Cepillados a diario por el padre		
Cepillados a diario por el niño		
Uso de hilo dental por padre a diario		
Examen dental en el año pasado		
Le gustaría compartir información de salud o preocupación de su hijo con nosotros?		

6. HISTORIA NUTRICIONAL:	Si	No
Está su hijo en dieta especial por razones médicas?		
Tiene su hijo alergias a algún alimento?		
Hay algún alimento que su hijo no deba comer por razón religiosa/médica?		
Su hijo come o mastica cosas que no son alimentos?		
Tiene alguna preocupación sobre los hábitos de comer?		
El niño bebe de un biberón?		
Cuántas veces al día su hijo come?		
Alimentos: _____ Refrigerios: _____		
Explique la dieta de su hijo: Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>		
7. Cuántas veces al día su hijo come los siguientes?		
Alimentos:		#
Carne, pescado, pollo, huevos		
Frijoles, lentejas, crema de cacahuete		
Frutas		
Vegetales		
Leche		
Queso, yogurt		
Pan, arroz, avena, cereal, tortillas		
Sodas/bebidas de frutas endulzadas		
Pastel, galletas, dulces, papitas		
FOR STAFF TO COMPLETE ONLY:	Yes	No
Does child need medication at school?		
Medication Form provided.		
Does child need an emergency health plan?		
School nurse to be notified at enrollment.		
Does child require a special diet for medical reasons?		
Food/Nutrition Services Medical Statement Form provided.		
Are you requesting an alternate meal plan for religious/personal reasons?		
Alternate Meal Form provided.		
ANY "YES" ANSWER MUST BE ADDRESSED:		

Firma del Padre/Guardián : _____ **Fecha:** _____

Firma del Personal: _____ **Fecha:** _____