

HISTORIA DE LA SALUD Y DEL DESARROLLO
0-3 Años de Edad
(Inscritos de Segundo y Tercer año)

Nombre del Niño: (Primero, Apellido)		Fecha de nacimiento:
Nombre de la Madre/Guardian (Primero, Apellido)		Nombre del Padre/Guardian (Primero, Apellido)
Nombre del Doctor	Dirección/Clinica	Fecha de la última Chequeo Físico
Nombre del Dentista	Dirección/Clinica	Fecha del último Examen
¿Necesita ayuda con el transporte a una cita médica o dental?		

El niño esta cubrido por:	
<p>o No. ID de Asistencia Medica _____ Copia el numero MA de 10 dígitos de la parte debajo de la tarjeta Forward</p> <p>HMO: <input type="radio"/> Quartz <input type="radio"/> Dean <input type="radio"/> Physician's Plus <input type="radio"/> GHC <input type="radio"/> Straight <input type="radio"/> Benchmark <input type="radio"/> Unsure <input type="radio"/> Otro (Nombre): _____</p>	<p>o Medica Privada: _____ # de Cuenta: _____ HMO, si tiene? <input type="radio"/> Quartz <input type="radio"/> Dean <input type="radio"/> Physician's Plus <input type="radio"/> GHC <input type="radio"/> Otro _____</p> <p>o Dental Privada: _____ # de Cuenta: _____ HMO, Si tiene? <input type="radio"/> Quartz <input type="radio"/> Dean <input type="radio"/> Physician's Plus <input type="radio"/> GHC <input type="radio"/> Otro _____</p>
<p>o Solicitando Asistencia Medica Fecha: _____</p>	

	SI	No	EXPLICA RESPUESTAS DE "SI"
Tiene alguna preocupación ahora sobre el desarrollo físico y/ o el comportamiento de su hijo?			
Un proveedor medico /WIC ha mencionado alguna preocupación sobre el peso de su hijo?			
¿Tiene alguna preocupación sobre los hábitos alimenticios o el estado nutricional de su hijo? O de altura/peso?			
¿Su hijo tiene alguna alergia?			
¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave o problemas de salud en este último año?			
¿Ha tenido su hijo alguna vacuna desde el último año del programa? <i>(Si es así, especifique cual vacuna y donde lo recibió)</i>			
¿Cuándo y por qué su hijo vio al médico por última vez?			
¿Ve su hijo a algún otro médico que no sea su médico de atención primaria?			
¿Cuándo y por qué su hijo vio al dentista por última vez?			
¿Algunas otras preguntas que tenga?			

<p>For PNP/HNM use only: Comments:</p>
