

Nombre del Niño: _____
 Sitio/FA: _____
 Año del Programa: _____

Reach Dane Early Head Start
Historia de la Salud y el Desarrollo
Forma de Inscripción (pg. 1 de 2)
Debido dentro de los 45 días de la inscripción

Nombre del Niño (Primero, Apellido) Fecha de Nacimiento Fecha de Historia Completada

Nombre del Padre/Tutor legal (Primero, Apellido) Nombre del Padre/Tutor legal (Primero, Apellido)

Nombre del Doctor Nombre de la Clínica Fecha del último examen físico

¿Necesita ayuda con el transporte a una cita médica o dental?

El niño esta cubrido por:

o Asistencia Medica No. ID _____
 Copia el numero MA de 10 dígitos de la parte de debajo de la tarjeta
Forward

HMO:
 Quartz Dean Physician's Plus GHC
 Straight Benchmark Unsure
 Otro (Como se llama): _____

o Solicitando Asistencia Medica
o Solicitando Seguro Privado

o Medica Privada: _____
 # de Cuenta: _____
 HMO, Sí tiene?
 Quartz Dean Physician's Plus GHC
 Otro _____

o Dental Privada: _____
 # de Cuenta: _____
 HMO, Sí tiene?
 Quartz Dean Physician's Plus GHC
 Otro _____

EMBARAZO/HISTORIA DE NACIMIENTO	SI	NO	EXPLICA RESPUESTAS DE "SI"
1. ¿Dónde nació su niño? (ciudad o país)			
2. ¿Tuvo la mama algún problema de salud durante este embarazo o parto? ¿Tomo drogas o alcohol en ese tiempo?			
3. ¿Nació el niño más de tres semanas temprano o tarde? Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea			
4. ¿Cuál fue el peso y la longitud del niño al nacer?		Libras Pulgadas	Onza
5. ¿Ocurrió algo malo con el niño al nacer o en la guardería?			
6. ¿El niño llegó a casa del hospital con la madre? Si no, ¿Cuánto tiempo se quedó? ¿En el NICU?			
HOSPITALIZACION: Este niño alguna vez:			
1. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o operado?			
2. ¿Alguna vez ha tenido un accidente grave? (huesos quebrados, accidente de carro, lesiones en la cabeza, caídas, quemaduras, envenenamiento)			
3. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad grave? Describir:			
PREOCUPACIONES DE SALUD			
1. Tiene este niño frecuentes (circule uno): cólicos, dolor de garganta, tos, vejiga/infecciones urinarias, problemas de alimentación/ estomago, vómitos, diarrea o estreñimiento.			
2. ¿Tiene su hijo algún problema de visión/Ojo? (Bizcos, músculos débiles, etc.)			
3. ¿El niño lleva (o se supone que debe usar) lentes? En caso afirmativo, indique el nombre del médico y la fecha del examen. Personal: recuerde que debe hacer un formulario de liberación para el oculista.			Oculista: Fecha del último examen:

Historia de la Salud y el Desarrollo Primer Año de 0-3 años

(pg. 2 de 2)

Nombre del Niño _____
 Programa _____

	SI	NO	EXPLICA RESPUESTAS DE "SI"
4. Tiene el niño algún problema de oído/ audición? (infecciones frecuentes, dolor, etc.)			
5. ¿El niño tiene o alguna vez, ha tenido "tubos" en los oídos?			
6. ¿Alguna vez el niño ha tenido convulsiones? ¿Cuándo fue la última convulsión? ¿El niño está tomando medicamentos ahora para las convulsiones?			Fecha: Nombre de la medicación:
7. ¿El niño está tomando medicamentos AHORA por alguna razón? ¿Por qué?			
8. Ha tenido el niño: (Circule uno) escarlatina, asma, problemas de sangrado, diabetes, soplo cardiaco, enfermedad cardiaca, enfermedad hepática, enfermedad respiratoria/ pulmonar, enfermedad de células falciformes, envenenamiento por plomo, parasito intestinales, retraso en el crecimiento, hablar/problemas de lenguaje.			
9. ¿Fuma su familia o amigos en su casa o carro mientras los niños están presentes?			
10. ¿Tiene el niño alguna alergia? A la comida, a la medicación, a los animales, a las plantas, a los árboles, a la hierba, a los insectos, ¿a las abejas? (circule todos los que apliquen)			
11. ¿Si la respuesta es sí en 11 arriba, tiene el niño un "Epi-pen para las reacciones alérgicas"? ¿Un doctor ha sugerido alguna vez el brazalete "Epi-pen" o "Medic-Alert"?			
12. ¿Tiene el niño alguna otra enfermedad o afección grave? Por favor describa:			
13. ¿Cree que el crecimiento y desarrollo general de su hijo es más o menos el mismo como otros niños de la misma edad? Si no, por favor describa:			
14. Este niño: se chupa el dedo, se retuerce el cabello, se muerde las uñas, tiene berrinches, se lastima a si mismo de otras maneras (circule uno)			
15. ¿Tiene alguna preocupación particular sobre el desarrollo emocional de su hijo? (parece excesivamente tímido, agresivo, retraído)			
16. ¿Alguna vez el niño ha visto o experimentado abuso, violencia o trauma? Por favor describa:			
17. Tenía/tiene su hijo alguna preocupación de separación o ajuste? Por favor describa:			
18. ¿Tiene su hijo antecedentes de discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas? En caso afirmativo, describa:			
19. ¿Recibe su hijo servicios de un terapeuta o persona de Birth-3? <i>Personal, por favor obtener la liberación de la información firmada</i>			Quién: Para qué:
DENTAL HISTORY			
1. Alguna vez el niño ha ido al dentista (recomendado el primer año o el primer diente)	Dentista: _____		Fecha: _____
2. ¿Tiene su hijo un cepillo de dientes? Sí o No	Con que frecuencia se usa? _____		
3. El niño: se queja de dolore de muelas, tiene caries, agujeros, puntos negros, ¿le faltan dientes debido a una lesión? (Circule todos los que apliquen)			
4. ¿Utiliza agua de pozo privado? Sí o No	Toma pastilla de fluoruro? Sí o No		
Si usa agua de pozo, se ha analizado el pozo de:	Bacteria _____	Nitratos _____	Fluoruros _____

Reach Dane, el Proyecto operativo Head Start, es una corporación sin fines de lucro y no discrimina en la administración de su programa.

For PNP/HNM use only:

Comments: