

HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL (3 a 5 AÑOS)

(CHILD HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY - 3-5 YEARS - Spanish)

Fecha del informe: _____

Persona que hace el informe: _____

Nombre del niño	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de nacimiento	Edad	(For office use only) Child's Record # _____
Nombre del padre/tutor		Teléfono (____) _____ - _____		
Dirección		Ciudad	Código postal	
¿Quién vive con su hijo? _____				
Idioma(s) que se habla(n) en casa _____				
¿Con qué frecuencia ve su hijo al médico o la enfermera? _____ núm. de consultas al año		¿Con qué frecuencia ve su hijo al dentista? _____ núm. de consultas al año		
¿Tiene seguro médico para su hijo?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Proveedor de seguro _____		Núm. de grupo _____		

¿Tiene preguntas o preocupaciones relacionadas con su hijo? Podemos hablar de ellas hoy.

Indique sus preocupaciones: _____

Describa las necesidades especiales y las fortalezas de su hijo: _____

Marque los encasillados si usted o su hijo usa:

<input type="checkbox"/> Programa preescolar ECFE	<input type="checkbox"/> Programa Head Start	<input type="checkbox"/> Programa WIC
<input type="checkbox"/> Programa preescolar School Readiness	<input type="checkbox"/> Clases de crianza de niños	<input type="checkbox"/> Alacenas para necesitados
<input type="checkbox"/> Chequeos para niños y adolescentes	<input type="checkbox"/> Programa Follow-Along	

Marque los encasillados si tiene preocupaciones o preguntas relacionadas con cualquiera de estos aspectos de su hijo:

<input type="checkbox"/> salud	<input type="checkbox"/> aprendizaje	<input type="checkbox"/> comportamiento	<input type="checkbox"/> habla	<input type="checkbox"/> crecimiento
<input type="checkbox"/> piel/golpes, erupciones	<input type="checkbox"/> ojos/vista	<input type="checkbox"/> oídos/audición	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> garganta
<input type="checkbox"/> dientes	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> estómago	<input type="checkbox"/> ir al baño	<input type="checkbox"/> nivel de actividad
<input type="checkbox"/> equilibrio al caminar	<input type="checkbox"/> social (amistades)	<input type="checkbox"/> sentimientos/humor	<input type="checkbox"/> respiración/tos	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> apariencia general	<input type="checkbox"/> otro _____			

Salud	<p>Marque los encasillados que correspondan a su hijo y explique:</p> <p><input type="checkbox"/> alergias a alimentos y/o medicamentos _____</p> <p><input type="checkbox"/> toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas _____</p> <p><input type="checkbox"/> visitas a especialistas médicos _____</p> <p><input type="checkbox"/> enfermedades graves _____</p> <p><input type="checkbox"/> lesiones graves o pérdida del conocimiento _____</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalizaciones y/o cirugías _____</p> <p><input type="checkbox"/> problemas durante el embarazo o el parto _____</p> <p><input type="checkbox"/> al nacer permaneció en el hospital más tiempo que la madre _____</p> <p><input type="checkbox"/> miembros de la misma familia a veces tienen los mismos problemas médicos. Indique los problemas médicos de la familia: _____</p>
--------------	--

Marque todos los encasillados que describan a su hijo:

- bebe de un vaso bebe de un biberón tiene dieta especial

Come algunos alimentos de estos grupos alimenticios todos los días:

- frutas (naranjas, manzanas, bananos, mangos, tomates) verduras (espinaca, maíz, guisantes, papas, repollo)
 leche, queso, yogur, tofú pan, cereal, rice, tortillas, galletas, pasta
 carnes, pescado, aves, mantequilla de maní, frijoles, legumbres, huevos galletas dulces, pasteles, dulce, tortas mantequilla, comidas fritas

Bebe todos los días:

- leche jugo bebidas de frutas fórmula Kool-Aid agua refresco

Marque todos los encasillados que describan a su hijo:

- ¿Vive o juega su hijo en una casa construida antes de: 1950 1978 y que está siendo remodelada?
 ¿Alguna persona que vive en su casa o cuida de su hijo: usa tabaco usa alcohol tiene un arma de fuego?
 ¿Está su hijo expuesto a: violencia drogas callejeras condiciones peligrosas?
 ¿Tiene usted alguna pregunta, preocupación o desea información sobre:
 cascos/seguridad de bicicletas monóxido de carbono cuidado de niños crianza de hijos
 llanto disciplina relaciones con la familia teléfonos de emergencia/líneas de ayuda
 seguridad de juguetes/ parques de juego planes de escape de incendios seguridad de armas de fuego kindergarten/escuela
 envenenamiento por plomo otros asuntos de crianza envenenamiento (jarabe de ipecacuana) equipo de protección de deportes
 cinturones/asientos de auto planes para clima severo dormir detectores de humo
 seguridad con desconocidos ver televisión enseñanza de su hijo entrenamiento de uso de inodoro
 almacenaje de limpiadores/medicamentos

Marque todos los encasillados que describan a su hijo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cuenta de 1 a 10 | <input type="checkbox"/> parece ser torpe al usar las manos |
| <input type="checkbox"/> tartamudea | <input type="checkbox"/> parece ser torpe, se tropieza, se cae, camina o corre mal |
| <input type="checkbox"/> no se le entiende bien | <input type="checkbox"/> pocas veces juega con otros niños |
| <input type="checkbox"/> entiende a otras personas | <input type="checkbox"/> se apega o se altera cuando usted lo deja |
| <input type="checkbox"/> señala o nombra el objeto más grande | <input type="checkbox"/> parece demasiado amigable |
| <input type="checkbox"/> comprende “uno” y sólo da uno cuando se le pide | <input type="checkbox"/> parece ser tímido, temeroso o se preocupa mucho |
| <input type="checkbox"/> sabe cuántos dedos tiene cada mano | <input type="checkbox"/> actúa como un niño mucho más pequeño |
| <input type="checkbox"/> compara cosas, por ejemplo, dice “éste es más grande, más pesado”, etc. | <input type="checkbox"/> parece ser infeliz, llora, jirimiquea |
| <input type="checkbox"/> cuenta tres o más objetos | <input type="checkbox"/> tiene dificultad para prestar atención |
| <input type="checkbox"/> copia círculos u otras figuras | <input type="checkbox"/> parece demasiado agresivo |
| <input type="checkbox"/> dice si un objeto es más largo que otro | <input type="checkbox"/> le es difícil sentarse tranquilo |
| <input type="checkbox"/> escribe su nombre o parte de él | <input type="checkbox"/> juega de varias maneras |

Elaborado por el Departamento de Educación de Minnesota; Departamento de Salud de Minnesota, Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y Dr. Harry Ireton, Universidad Minnesota

