



Registro de la evaluación de salud de la niñez temprana



(Para niños recién nacidos hasta los 5 años)

Al padre, la madre o el tutor: Para poder brindarle el mejor servicio, los proveedores de atención médica de la niñez temprana deben entender las necesidades de salud de su hijo. En la 1ra parte de este formulario le pedimos información sobre la salud de su hijo. Ésta ayudará a los médicos para su evaluación (Parte II). Antes de poder ingresar a un Programa de la Niñez Temprana, la ley del estado requiere que un médico, enfermera de práctica avanzada, asociado médico, profesional de la salud certificado legalmente o un asociado médico asignado a una base militar realice una evaluación de salud y le haya puesto las vacunas principales.

Por favor escriba en letra de imprenta

Nombre del niño (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
--	----------------------------------	---

Dirección (calle, poblado y código postal)

Nombre del padre, la madre o tutor (apellido, nombre, 2do nombre)	Teléfono de la casa	Teléfono celular
---	---------------------	------------------

Programa de la Niñez Temprana (nombre y número de teléfono)	Raza/Procedencia étnica
Médico de cabecera:	<input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano/Latino
Nombre del dentista:	<input type="checkbox"/> Negro, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Asiático/islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Otro

Compañía de seguro médico/Número* o Medicaid/Número*

¿Su hijo tiene seguro médico?	S	N	Si su hijo no tiene seguro médico, llame al 1-877-284-8759
¿Su hijo tiene seguro dental?	S	N	
¿Su hijo tiene seguro médico HUSKY?	S	N	

* Si aplica

Parte I – El padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta parte.

Antes del examen físico, por favor conteste las siguientes preguntas acerca de la salud de su hijo(a).

Encierre en un círculo la **S** si la respuesta es “sí” o la **N** si la respuesta es “no”. En el espacio que aparece a continuación, ofrezca una explicación a todas las preguntas a las que contestó “sí”.

Alguna inquietud sobre la salud	S	N	Infecciones de oído frecuentes	S	N	Tratamientos para el asma	S	N
Alergia a alimentos, picaduras de abejas, insectos	S	N	Alguna dificultad del habla	S	N	Convulsiones	S	N
Alergia a algún medicamento	S	N	Algún problema con los dientes	S	N	Diabetes	S	N
Alguna otra alergia	S	N	En los últimos 6 meses, ¿le han revisado los dientes al niño?	S	N	Algún problema del corazón	S	N
Toma medicamentos todos los días/regularamente	S	N		Visitas frecuentes a la sala de emergencias	S	N		
Alguna dificultad con la visión	S	N	Nivel de actividad muy alto o bajo	S	N	Alguna enfermedad o lesión grave	S	N
Usa lentes de contacto o anteojos	S	N	Alguna inquietud con el peso	S	N	Alguna operación/cirugía	S	N
Alguna dificultad con la audición	S	N	Dificultad con la respiración o tiene tos	S	N	Alguna inquietud acerca de o sobre envenenamiento con plomo	S	N
Desarrollo - Tiene alguna preocupación acerca del:						Alguna inquietud con el sueño	S	N
1. Desarrollo físico	S	N	5. Puede comunicar sus necesidades	S	N	Presión sanguínea alta	S	N
2. Habilidad para moverse de un lugar a otro	S	N	6. Interacción con otros	S	N	Inquietudes con la alimentación	S	N
			7. Comportamiento	S	N	Alguna inquietud con uso del baño	S	N
3. Desarrollo social	S	N	8. Habilidad para entender	S	N	Servicios del programa <i>Birth to 3</i>	S	N
4. Desarrollo emocional	S	N	9. Habilidad para usar las manos	S	N	Educación preescolar especial	S	N

Si respondió “Sí” a alguna de las preguntas, explique su respuesta o proporcione información adicional:

¿Ha hablado con el médico de cabecera de su hijo sobre alguno de los asuntos mencionados anteriormente? S N

Por favor apunte el nombre de cualquier **medicamento** que su hijo tendrá que tomar mientras asiste al programa:

*En caso de que sea necesario administrar algún medicamento durante el Programa, el médico que le recetó el medicamento y el padre, la madre o el tutor legal deben firmar una autorización adicional llamada **Medication Authorization Form** (formulario de autorización para administrar medicamentos).*

Por este medio doy autorización al médico de mi hijo y al profesional de la niñez temprana o al asesor/enfermera/coordinador de salud a que compartan, confidencialmente, la información de este formulario, para cubrir las necesidades educativas y de salud de mi hijo(a) en el programa de la niñez temprana.

Firma del padre, la madre o del tutor

Fecha