



Historial de Salud y Nutrición del Niño/a

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de servicios de la familia: _____ Centro: _____

Nombre padre/tutor: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo/a tiene seguro médico y dental? Sí No

Tipo de seguro: _____

¿Su hijo/a ha visitado alguna vez algún médico primario? Sí No

Proveedor de salud primario y nombre del centro: _____ Fecha de su última visita médica: _____

¿Le han hecho pruebas de anemia a su hijo/a (hemoglobina o hematocrito)? Sí No.....y **¿Examen de plomo en la sangre? Sí No

¿Su hijo ha sido examinado por un dentista? Sí No

Nombre del dentista y clínica: _____ Fecha del último examen dental: _____

¿Su hijo/a toma tabletas de fluoruro y/o utiliza pasta dental con fluoruro? Sí No

¿Su familia toma agua con fluoruro? Sí No

¿Su hijo/a recibe servicios WIC actualmente? Sí No

¿Su hijo/a se acuesta con una botella o taza de bebé en su cama? Sí No

¿Qué tipo de líquido hay en la botella o taza? _____

Su hijo/a: Usa pañales Usa pull-ups Está en proceso de aprender a ir al baño. Va al baño regularmente.

Comentarios: _____

¿Alguien en la casa consume productos con tabaco? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, diga que producto y dónde se consume: _____

¿Su hijo toma algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, apunte el/los nombres: _____

HISTORIAL DE EMBARAZO Y PARTO

Prenatal: ¿Cuándo la madre empezó a recibir servicios prenatales?: 1st trimestre 2nd trimestre 3rd trimestre Ningún cuidado prenatal.

Edad gestacional al momento de nacer? _____ Semanas Peso al nacer: _____ lbs _____ oz largo: _____ in

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o durante el parto? La pregunta incluye si el niño nació bajo peso. Sí No

Explique si marca sí: _____

¿Hubo alguna preocupación con el bebé al nacer? Sí No

Explique si marca sí: _____

¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado el bebé? _____ días Comentarios: _____



Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historial actual y pasado de su hijo/a. (Marque todos los que apliquen.)

MEDICO		Nutrición
<input type="checkbox"/> Alergias (polen, abejas, gatos, etc.): _____ <input type="checkbox"/> Alergias (medicamentos): _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> La anemia de células (sickle cell) <input type="checkbox"/> Eczema / condiciones de la piel <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos con frecuencia. <input type="checkbox"/> Sangrado nasal con frecuencia.	<input type="checkbox"/> Infecciones de garganta con frecuencia. Infecciones de Strep. <input type="checkbox"/> Infecciones en la orina con frecuencia. <input type="checkbox"/> Historial de traumas a la cabeza. <input type="checkbox"/> Problemas del corazón. <input type="checkbox"/> Condición en el hígado. <input type="checkbox"/> Alto nivel de plomo. <input type="checkbox"/> Condición en los riñones. <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Cirugías: _____	<input type="checkbox"/> Estreñimiento con frecuencia. <input type="checkbox"/> Diarreas con frecuencia. <input type="checkbox"/> Vómitos con frecuencia. <input type="checkbox"/> Dolores estomacales. <input type="checkbox"/> Tubos para proveer alimentos. <input type="checkbox"/> Alergias a comidas: _____ <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo. <input type="checkbox"/> Preocupación por el peso por parte suya o de su médico primario. <input type="checkbox"/> Dificultad/dolor al masticar y/o tragar.
DESARROLLO/SOCIO-EMOCIONAL	Audición/Visión	
<input type="checkbox"/> Actualmente recibe servicios profesionales. <input type="checkbox"/> Preocupación por el comportamiento o aprendizaje. <input type="checkbox"/> Pérdida de un padre. <input type="checkbox"/> Cambios en el comportamiento. <input type="checkbox"/> Preocupación por el habla y atrasos en el habla. <input type="checkbox"/> Preocupación en el desarrollo físico. <input type="checkbox"/> Hábitos de sueño: Siestas _____ horas /día Noches _____ horas en la noche _____ Pesadillas con frecuencia _____ Accidentes (orina) en la cama.	<input type="checkbox"/> Dificultad al escuchar. <input type="checkbox"/> Dificultad al hablar. <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos. <input type="checkbox"/> Problemas visuales. <input type="checkbox"/> Utiliza espejuelos.	<input type="checkbox"/> Dieta especial (cultural, religiosa): _____ <input type="checkbox"/> Dieta especial (medica): _____
Algún otro comentario/preocupación		

Sí No ¿Su hijo/a está recibiendo algún tratamiento por alguna condición mencionada anteriormente? Si marca **sí**, escriba cual(es): _____

Sí No ¿Su hijo/a requiere algún tratamiento médico especial durante el tiempo que esté bajo el cuidado del personal de CCSD HS/EHS? Si marca **sí**, por favor describa: _____

- Condiciones médicas** – Para asma, convulsiones, alergias (que requieran el uso de un Epi-pen), y ajustes o procedimientos médicos, favor de proveer: la orden médica, medicamentos y materiales necesarios de su farmacia.
- Preocupaciones de desarrollo y/o socio emocionales** – Si las preocupaciones necesitan ajustes en el salón de clases, favor de notificar a FSS o al coordinador del centro. Si su hijo/a está recibiendo actualmente alguna terapia o tratamiento, favor de proveer a FSS la documentación con IEP (Individualized Educational Plan) actualizados o IFSP (Individual Family Service Plan) actualizados.



- Dieta medica, alergias/sensibilidad a alimentos** – Favor de notificar a FSS o al Coordinador del Centro. Favor de proveer una orden escrita por el médico. Esta orden incluirá el problema/condición que puede alterar la dieta nutricional del niño/a con las opciones ofrecidas a todos los estudiantes de HS/EHS.
- Reemplazo de leche (libre de lactosa, leche de soya, etc)** – Provea una orden del médico y notifique al Coordinador del Centro o a FSS.
- Petición de los padres (religiosa o cultural)** – Notifique a FSS. El centro intentará acomodar las peticiones/necesidades lo mejor posible dentro de sus capacidades.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Debe de ser completado por un empleado/a del HS/EHS una vez haya revisado el historial de salud y nutrición:

¿Se necesita visita de seguimiento? Sí No (Si marca Sí, favor de completar la tabla adjunta.)

Preocupación	Plan de Acción Haga una lista de los pasos a seguir; Haga una lista de las fechas y años de revisión y comentarios.

Firma padre/ tutor

Fecha

Revisado por – firma del empleado y título (FSS / Enfermera)

Fecha

Revisado por – Coordinador del centro / Maestra principal /Proveedor de cuidado

Fecha

Dos Años o Transferencia de Centro/Programa	
Estudiante que regresa/continúa: Favor de revisar el Historial de Salud y Nutrición con el padre/ tutor y escribir cualquier cambio en la sección de Seguimiento con la fecha actual.	
_____ Firma padre/ tutor	_____ Fecha
_____ Firma empleado	_____ Fecha

Tres Años o Transferencia de Centro/Programa	
Estudiante que regresa/continúa: Favor de revisar el Historial de Salud y Nutrición con el padre/tutor y escribir cualquier cambio en la sección de Seguimiento con la fecha actual.	
_____ Firma padre/tutor	_____ Fecha
_____ Firma empleado	_____ Fecha

