

## HISTORIA DE SALUD / NUTRICION EVALUACION

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Padre/Guardián:	Padre/Guardián Teléfono #:
Programa basado en el hogar/FCCH :	Maestro/Proveedor:

### 1) Historia Médica

1. **¿Cuánto peso su hijo/a al nacer?** \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz.  
Sí / No
2. **¿Alguien en su familia ha tenido alguna enfermedad grave o condiciones médicas** (es decir, las enfermedades del corazón, cáncer, tuberculosis, asma, enfermedad mental, abuso de sustancias, etc.)? *Si la respuesta es sí, por favor de explicar:* \_\_\_\_\_  
Sí / No
3. **¿Hubo algún problema con su hijo/a inmediatamente después de nacer?** *Si la respuesta es sí, por favor de explicar:* \_\_\_\_\_  
Sí / No
4. **¿Está su hijo/a tomando algún medicamento todos los días?** *Si la respuesta es sí, por favor de explicar:* \_\_\_\_\_  
Sí / No
5. **¿Se necesitara medicamentos en la escuela?** Si la respuesta es sí, por favor de explicar: \_\_\_\_\_  
Sí / No
6. **¿Su hijo/a ha sido recetado un EPI-PEN?** Sí  No   
*Si la respuesta es sí, por favor indique la alergia:* \_\_\_\_\_  
Sí / No
7. **¿Existen condiciones que requieren una atención especial en el ambiente/escuela del cuidado de niños?** *Si la respuesta es sí, por favor de explicar:* \_\_\_\_\_  
Sí / No
8. **¿Su hijo/a es alérgico a cualquiera de los siguientes?**  Animales  Perfume  Pájaros  
 Polen  Césped  Flores  Polvo  Árboles  Humo  
 Cambios Climáticos  Otro: \_\_\_\_\_  
Sí / No
9. **¿Alguien en el hogar fuma? (es decir, casa/coche)**  
Sí / No

### 2) ¿Su hijo/a ha tenido las siguientes enfermedades?

	Sí		Sí		Sí
Sarampión		Problemas de Oído/Nariz/Garganta		Problemas de los ojos	
Paperas		Problemas urinarios/del Riñón		Enfermedad del corazón	
Varicela		Músculo/problemas en los huesos		Neumonía	
Fiebre Escarlata		Anemia		Problemas intestinales	
Problemas Respiratorios		Problemas de presión arterial		Diabetes	
Tuberculosis		Fiebre reumática		Otro	
Convulsiones		Alérgicos a la picadura de abeja		<b>Ninguno de los anteriores</b>	

Si contesto **sí a cualquier enfermedad**, por favor de explicar (**provocaciones, medicamentos necesitados durante las horas del programa, hace cuánto tiempo, que tan frecuente, etc.**): \_\_\_\_\_

**3) ¿Su hijo/a ha tenido lo siguiente? Si es así, por favor marque la caja y poner la fecha, y explicar a lo mejor de su conocimiento.**

Sí		Fecha	Comentarios
	* Hospitalizaciones		
	* Operaciones		
	* Lesiones Serias		
	* Otros problemas de salud/enfermedades		
	* Alergias a los medicamentos (es decir, la penicilina, sulfamidas, drogas)		

**4) Historia del Desarrollo (Personal: No sometan esto en COPA)**

**5) \* Historial de Inmunización (Personal de completar después de la revisión final y entrada de vacunas del niño/a)**

**6) Información Dental**

- \* Sí / No      ¿Su hijo/a tiene seguro dental? Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_
- \* Sí / No      ¿Su hijo/a tiene una fuente continua y accesible de cuidado dental/dentista? (Tiene un dentista familiar)?  
Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_
- \* Sí / No      ¿Su hijo/a tiene problemas dentales ahorita? \_\_\_\_\_

**7) Revisión de Nutrición**

- Sí / No      1. ¿Come su niño/a una variedad de alimentos, incluyendo frutas y verduras?
- Sí / No      2. ¿Su hijo/a bebe de un biberón de bebe ahora?
- Sí / No      3. ¿Tiene alguna preocupación sobre el crecimiento, la nutrición o la alimentación de su hijo/a (come demasiado o muy poco, quisquilloso, diarrea, estreñimiento)? Si la respuesta es sí, por favor de explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8) Sustitución de Alimentos**

1. ¿Está su hijo/a restringido de alimentos debido a las creencias religiosas, médicos o personales?  
 Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor de explicar (Qué alimentos, tipo, restricciones): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo/a tiene alguna alergia o intolerancias alimentarias?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor de explicar: \_\_\_\_\_
3. ¿Qué tipo de reacción tiene su hijo/a cuando su hijo/a come la comida especificada en la pregunta #2?  
 Sarpullido                       Hinchazón                       Diarrea  
 Dificultades Respiratorias       Pone en Riesgo la Vida       Otro
4. ¿Está su hijo/a en cualquier dieta especial prescrita por un médico?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor de explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9) \* Revisión de Envenenamiento por Plomo en la última pagina**

## 10) Asma

\* Sí / No

1. **¿Ha sido su hijo/a diagnosticado por un médico profesional por tener asma?**

**(\*Si su respuesta es no, por favor de pasar al # 11)**

a) Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

b) ¿Cuántos episodios por año? \_\_\_\_\_

c) ¿Es estacional? ¿En qué momento del año ocurren la mayoría de los episodios? \_\_\_\_\_

d) ¿Está bien controlado? ¿Cómo? \_\_\_\_\_

e) ¿Provocadores de asma? \_\_\_\_\_

Sí / No

2. **¿Ha experimentado su hijo/a cualquiera de los siguientes debido al ASMA? Si contesta SÍ, por favor marque la casilla.**

El tratamiento en la sala de emergencia, número de veces: \_\_\_\_\_

Las hospitalizaciones, número de veces: \_\_\_\_\_

Sí / No

3. **¿Alguna vez ha dado a su hijo/a medicamentos para el asma?**

Si la respuesta es sí, marque todas las que su hijo/a ha utilizado en los últimos dos años.

Albuterol       Intal       Ventolin       Pedia Pred

Tedral       Prelone       Proventil       Primatine Mist

Marax       Quiboron       Otro: \_\_\_\_\_

Sí / No

4. **¿Usa su hijo/a un nebulizador o inhalador? Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_**

## 11) Cobertura Médica

\* Sí / No

1. **¿Tiene su hijo/a un médico familiar? (¿Su hijo/a recibe servicios médicos a través de la fuente continua de la atención médica continua, que es accesible?)**

**Si su respuesta es sí, por favor de contestar lo siguiente:**

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Telefono:** \_\_\_\_\_

**(Personal: Por favor, indique "no" para el Departamento de Salud del Condado en la pregunta en COPA)**

\* Sí / No

2. **¿Tiene su hijo/a Medi-Cal "regular" (Blue Cross/Health Net/Central CA Alianza para la Salud)?**

\* Sí / No

3. **¿Tiene su hijo/a Medi-Cal "solo de emergencia?"**

\* Sí / No

4. **¿Tiene su hijo/a seguro médico privado?**

**Nombre del Seguro:** \_\_\_\_\_

\* Sí / No

5. **¿Su hijo/a tiene algún seguro de salud distintos de los mencionados anteriormente, tales como la Sanidad Militar, Tri-Care o Champus?**

**Especificar:** \_\_\_\_\_

## 12) Evaluación de Riesgo de Tuberculosis

- Sí / No 1. ¿Nació su hijo/a en una región de alto riesgo (incluyendo África, Asia, Europa del este o América Latina)?
- Sí / No 2. ¿Su hijo/a alguna vez ha viajado a un país con una tasa de TB alta (por más de un mes)?
- Sí / No 3. ¿Tiene un miembro de la familia, o alguien que su hijo/a ha estado en contacto cercano, que tuvo una prueba de TB positiva o recibió medicamentos para el TB (después que se completó una prueba de TB)? Si su respuesta es sí:  
¿A qué país viajó? \_\_\_\_\_ ¿qué año? \_\_\_\_\_ ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Sí / No 4. ¿Su hijo/a muestra uno o más signos y síntomas de TB prolongado tales como toser, expectoración con sangre, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y fatiga excesiva?
- Sí / No 5. ¿Su hijo/a esta actualmente o ex residente en un albergue para desamparados o viven con alguien que ha sido encarcelado en los últimos cinco años?

### Certificado de finalización (Completado por el personal de salud designado)

- Niño/a no tiene síntomas de TB, ninguno de los factores antes mencionados o de riesgo para la tuberculosis y no requiere de más pruebas.
- El niño tiene un factor de riesgo, pero ha sido evaluado para TB por un proveedor médico que ha proporcionado autorización.
- El niño tiene factores de riesgo de tuberculosis, y requiere una prueba de la tuberculina (TST/Mantoux/PPD).

Firma de Enfermera o Proveedor de Cuidado de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 13) Evaluación del riesgo del plomo

- Si/No 1. ¿Fue construida su casa antes del 1978? ¿Si es así, ve usted paredes, muebles, alféizares de ventanas en su hogar con pintura astillada o la pintura descascarada?
- Si/No 2. ¿Ha sido tratado o monitoreado por envenenamiento de plomo mayor de > 10 su niño o alguien en su hogar?
- Si/No 3. ¿Envuelve su trabajo/pasatiempo exposición al plomo (pintura, trabajo de construcción, mecánico de radiador de auto)?
- Si/No 4. ¿Come/toma, almacena o cocina comida en cerámica importada que contiene plomo?
- Si/No 5. ¿Come su niño artículos como suelo contaminado con plomo, pintura descascarada, dulces (de otros países)?

Notas tocante las respuestas (por cuanto tiempo, circunstancias, exposición): \_\_\_\_\_

### Certificado de finalización (Completado por el personal de salud designado)

- El niño no tiene factores de riesgo por el envenenamiento de plomo.
- El niño tiene factores de riesgo y una referencia se ha hecho a un proveedor de cuidado de salud.
- El niño tiene una Prueba de Plomo en la Sangre y es menor de <5, no hay otras preocupaciones.

Firma del personal de salud designado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

### **Personal de Head Start Solamente**

Historia de Salud Completado por (Nombre del Empleado): \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Historial de Salud revisado por (nombre del personal): \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Folleto/formas dadas o seguimiento/notas: \_\_\_\_\_

Recibido por (iniciales): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_