

18. Enumere cualquier medicamento que su bebé está tomando, incluyendo vitaminas, hierro, sin receta y los medicamentos a base de hierbas: _____

19. Si su bebé tiene 2 meses de edad, a qué edad hizo el/ella lo siguiente:

- Sonrisa o responder a las sonrisas: _____ todavía no
- Darse la vuelta: _____ todavía no
- Sentarse solo: _____ todavía no
- Gatear: _____ todavía no
- Tomar 10 pasos solo: _____ todavía no
- Baluceo: _____ todavía no
- Unir palabras: _____ todavía no
- Haga contacto visual: _____ todavía no

Nutrición:

20. ¿Su hijo tiene restricciones de alimentos? Sí No
- En caso afirmativo: Necesidad médica (dieta especial prescrita por un médico) Por favor explique: _____
- Razones religiosas, culturales o personales. Por favor, explique: _____

21. ¿Se ha diagnosticado a su bebé con alguna preocupación nutricional (es decir, el fracaso para prosperar)? Sí No
- En caso afirmativo, por favor explique: _____

22. ¿Siente que su bebé come demasiado? Sí No

23. ¿Siente que su bebé no come suficiente? Sí No

Dental

24. ¿Su bebé tome gotas de fluoruro o agua fluorada? Sí No

25. ¿Alguna vez apoyaste el biberón a su bebé? Sí No

*26. ¿Tienes un dentista de la familia? Sí No

* En caso afirmativo, nombre del Dentista: _____

*27. ¿Su hijo tiene seguro dental? Sí No

* En caso afirmativo, nombre del seguro dental: _____

Historia Familiar

28. ¿Alguno de los miembros de la familia de su hijo diagnosticados con alguna de las siguientes condiciones: Marque la casilla junto a la condición y escribir en miembro de la familia (por ejemplo, madre, padre, hermano, abuelo, etc).

Condición	✓	Miembro de la familia	Condición	✓	Miembro de la familia
Asma			Enfermedad de la tiroides		
Alergias			Enfermedad renal		
Anemia			Convulsiones		
Trastorno de la sangre			Las migrañas		
Cáncer			Autismo		
Diabetes			Depresión/Ansiedad		
Colesterol Alto			Alcoholismo/Abuso de Sustancias		
Presión arterial alta			ADD/ADHD		
Ataque al corazón Enfermedades			Otro, favor de explicar:		

Evaluación del Riesgo de Tuberculosis

- ¿Fue usted o su hijo nacido fuera de los Estados Unidos? Sí No
 ¿Dónde nació usted y / o su hijo? _____
 ¿Su hijo alguna vez ha viajado fuera de los Estados Unidos?
 En caso afirmativo, Sí No
 ¿Cuándo viajó su hijo? _____
 ¿Con quién se quedó su hijo? _____
 ¿Cuánto tiempo viajó su hijo? _____
- ¿Sabe si su hijo ha estado expuesto a cualquier persona con enfermedad de la tuberculina? Sí No
- ¿Sabe si su hijo tiene contacto cercano con una persona que tiene un positivo prueba de la tuberculina? Sí No
 En caso afirmativo, responda a las preguntas:
 - ¿Sabe si la persona tenía tuberculosis activa o infección tuberculosa latente? Circulo todo lo que corresponda:
 TB Disease (Síntomas) La infección latente (sin síntomas) No lo sé
 - ¿Cuándo su hijo tuvo el último contacto con esa persona? _____
 - Cómo está su hijo relacionada con la persona con la enfermedad de la tuberculosis o la infección latente de la tuberculosis? Por favor, explique: _____
- ¿Sabe si su hijo ha estado en contacto con alguien recientemente (en el último año), que ha estado en la cárcel? Sí No

Proyección Envenenamiento por Plomo

1. ¿Está pintura descascarada o astillado en cualquier parte de su casa, u otra casa donde su hijo pasa mucho tiempo? Sí No
2. ¿Es su casa están remodelando? Sí No
3. ¿Su hijo o alguien de su familia ha tratado o controlado por plomo envenenamiento (es decir, de plomo en sangre > 5)? Sí No
4. ¿Vive su hijo con alguien cuyo trabajo o pasatiempo implica la exposición a plomo (es decir, pintura, soldadura, fabricación de baterías de automóvil o de reciclaje, Reparación de vehículos radiador, pintura de automóviles, o el trabajo vidrieras)? Sí No
5. ¿Tiene usted o cualquier otra persona que vive con o cuida a su hijo quien usa cualquier importada remedios y cosméticos importados? Los ejemplos incluyen: Alacon, Alkohl, Azarcón, Goli Bali, Bint al zahab, Coral, Greta, Farouk, Ghasard, Kandou, Kohl, Liga, Litargirio, Lozeena, Pay-loo-ah, Sindoor, Surma, o Maria Luisa. Sí No
6. ¿Utiliza la cerámica (cerámica, loza de barro) que es Viejo o se ha comprado fuera de los EE.UU. para cocinar, comer, beber o guardar alimentos? Sí No
7. ¿Tiene su familia a comprar alimentos enlatados o envasados dulces de otros países? Sí No
8. ¿Come su hijo suciedad o arcilla u otros artículos no alimentarios? Sí No
9. ¿Su niño o la familia con frecuencia viajan fuera de los EE.UU? Sí No

Firma del Padre/Tutor

Date

PERSONAL DE HEAD START SOLAMENTE

Necesidades evaluación/recibido del niño? Si No

Historia de Salud Comentado por

Titulo

Fecha

(Nombre del Empleado)

Folletos/Forma Dada: _____

Seguimiento de Notas:

*Indica puntos PIR (COPA) de entrada de datos