

Community Action Team
CHILD & FAMILY DEVELOPMENT PROGRAMS

Historial de salud

Centro: _____ Clase: AM 1 AM 2 PM 1 PM 2 Fecha: _____
Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero _____

Hospitalizaciones y enfermedades	
¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado (por prematuridad u otro) o ha sido operado? Si es si Explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo ha tenido alguna vez una enfermedad grave (convulsiones por cualquier motivo u otro) o accidente? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Health	
¿Su hijo tiene frecuentes: <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta <input type="checkbox"/> Toz <input type="checkbox"/> Infección Urinaria <input type="checkbox"/> Dolor de Estómago <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas o irritación de la piel: Explique:	
¿Tiene su hijo (a) dificultades para ver (mirones, ojos cruzados, mira de cerca los libros)? Su Niño usa lentes? Fecha última consulta médica: _____ si es SI, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo tiene problemas con los oídos / oídos (dolores de oído frecuentes, infecciones, drenaje, pérdida de la audición)? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo está siendo tratado por un médico? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido su hijo (a) un examen físico en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo está siendo tratado por un dentista? En caso afirmativo, explique por que:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido un niño un examen dental en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo está tomando medicamentos en este momento? En caso afirmativo, explique por qué y cual:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se le ha diagnosticado o sospecha que ha sido diagnosticada una enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/> Otro, Diga: _____ Explique:	
Alergias: <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> plantas <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> otro, Diga: _____ Explique:	
¿Crees que tienes alergias? Si es SI, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Information General	
¿Sabe su hijo ir al baño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Te preocupa la salud de tu hijo?, desarrollo o conducta? Si es SI, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Has visto un especialista? Si es si, nombre del especialista: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su familia ha tenido algún reciente problema de salud? Si es Si, explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cambios mayores en los últimos 12 meses? Si es Si, explique:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo está cubierto por algún Seguro de salud? <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Privado: _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Necesita o alguien de su familia necesita asistencia con un Seguro de Salud?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

Firma de Padre/Tutor
5/17

Fecha