

HISTORIAL DE SALUD PREVIO A LA ADMISIÓN DEL NIÑO - INFORME DEL PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO(A)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/REPRESENTANTE		¿VIVE EL PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO EN CASA CON EL NIÑO(A)?
NOMBRE DEL PADRE/REPRESENTANTE		¿VIVE EL PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO EN CASA CON EL NIÑO(A)?
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO(A) BAJO SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

DEVELOPMENTAL HISTORY (*Solo para bebés y niños en edad preescolar)

CAMINO A LOS* _____ MESES	HABLO A LOS* _____ MESES	EL ENTRENAMIENTO PARA IR AL BAÑO COMENZÓ EN * _____ MESES
------------------------------	-----------------------------	--

ENFERMEDADES ANTERIORES - Marque las enfermedades que ha tenido el niño y especifique las fechas aproximadas de las enfermedades:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Diez días Sarampión (Rubéola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Tres días Sarampión (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFICAR CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O ACCIDENTE GRAVE O SEVERO

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? SÍ O NO	¿CUÁNTAS EN EL ÚLTIMO AÑO?	LISTA LAS ALERGIAS QUE EL PERSONAL DEBE TENER EN CUENTA
---	----------------------------	---

RUTINAS DIARIAS (*Solo para bebés y niños en edad preescolar)

¿A qué hora se levanta el niño? *	¿A qué hora va el niño a la cama? *	¿Duerme bien el niño? *	
¿Duerme el niño durante el día? *	CUANDO?*	¿CUÁNTO TIEMPO?*	
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué suele comer el niño en estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
QUE SE COMEN HABITUALMENTE ¿HORAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿ALGUNA COMIDA QUE NO LE GUSTE?		¿ALGÚN PROBLEMA ALIMENTARIO?	
¿ESTÁN ENTRENADOS LOS NIÑOS A IR AL BAÑO? * D SI o D NO	¿EN CASO SÍ, EN QUÉ EDAD?:*	¿SON REGULARES LAS DEPOSICIONES? * D SI o D NO	¿CUÁL ES EL HORA HABITUAL? *
PALABRA UTILIZADA PARA "EFECIONAR"*		PALABRA UTILIZADA PARA ORINAR*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? D SI o D NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, NOMBRE DEL DOCTOR:	¿TOMA EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? DSI D NO	EN CASO SÍ, QUÉ TIPO Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿EL NIÑO UTILIZA ALGÚN DISPOSITIVO ESPECIAL? D SI o D NO	EN CASO SÍ, DE QUÉ TIPO:	¿EL NIÑO UTILIZA ALGÚN DISPOSITIVO ESPECIAL EN CASA? D SI o D NO	EN CASO SÍ, DE QUÉ TIPO:

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR EL PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿CÓMO SE LLEVA EL NIÑO CON LOS PADRES/REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS, HERMANAS Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS DE JUEGO EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/MIEDOS/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLICAR.)

¿CUÁL ES EL PLAN DE CUIDADO CUANDO EL NIÑO ESTÁ ENFERMO?

MOTIVO PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN GUARDERÍA

FIRMA DEL PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA:

(CHILD'S PREAMMISSION HEALTH HISTORY PARENT AUTHORIZED REPRESENTATIVE REPORT SPANISH) je 8/6/24 Shared(Health Svcs)