

## HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO (DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

(For office use only)

MARSS other ID: \_\_\_\_\_ Idiomas que se hablan en el hogar: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un médico o enfermera? \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita de bienestar del niño: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un dentista? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

Fecha del examen completo de la vista (ojos) más reciente de su hijo, si ha recibido uno: \_\_\_\_\_

*El examen completo de la vista lo realiza un optómetra o un oftalmólogo.*

¿Tiene su hijo seguro de salud?  Sí  No  Solicitó

### Marque las casillas que usted o su hijo usan, si corresponde:

Educación de Niñez Temprana de la Familia

Chequeos para Niños y Adolescentes

Guardería de niños

Educación Especial de Niñez Temprana

Pre-kindergarten en la escuela

Cuidado por la familia o vecino

Programa Follow Along

Pre-escuela privada

Biblioteca

Educación de los Padres

Head Start

WIC

Programas de Parques y Recreación

Cuidado de padres sustitutos

Despensa o banco de alimentos

## SALUD

Marque todas las preocupaciones que aplican a su hijo y describa:

- Alergias:  alimentos  medicamentos  animales/insectos  polvo/moho  de temporada
- Toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas: \_\_\_\_\_
- Visitas a especialistas de salud, estadías en el hospital y/o cirugías: \_\_\_\_\_
- Lesiones y enfermedades graves, visitas a la Sala de Emergencia. Motivo y fecha: \_\_\_\_\_
- Lesiones en la cabeza (¿pérdida del conocimiento?) \_\_\_\_\_
- Envenenamiento por plomo, nivel si se conoce: \_\_\_\_\_
- Dificultad para respirar, tos o asma: \_\_\_\_\_
- Problemas o erupciones de la piel: \_\_\_\_\_
- Ataques súbitos o convulsiones, o episodios de mirada fija: \_\_\_\_\_
- Problemas de la vista o usa anteojos: \_\_\_\_\_
- Tubos de ecualización de presión (PE) o problemas de audición: \_\_\_\_\_
- Dientes: una o más caries: \_\_\_\_\_
- Alimentación, problemas gástricos o estreñimiento: \_\_\_\_\_
- Preocupaciones respecto a salud mental, tales como ansiedad, depresión o problemas de atención? \_\_\_\_\_
- Adoptado, si la respuesta es sí, a qué edad: \_\_\_\_\_
- ¿Problemas durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_
- Nació tres semanas más tarde o más temprano \_\_\_\_\_ No. de semanas al nacer.  
Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_
- Después de nacer, se quedó en el hospital más tiempo que la madre, razón: \_\_\_\_\_
- ¿Es posible que antes de saber que estaba embarazada usted usó medicamentos, alcohol, cigarrillos o drogas callejeras? \_\_\_\_\_
- Indique cualquier otra preocupación: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Indique cualquier problema de salud de la familia (los padres o hermanos del niño):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención         | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista      | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |
| <input type="checkbox"/> Alergia                       | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje   | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones   |
| <input type="checkbox"/> Sordera/problemas de audición | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme o rasgo  | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |

**RUTINA DIARIA DEL NIÑO**

- Se acuesta a dormir a las \_\_\_\_\_ p.m. Se despierta a las \_\_\_\_\_ a.m.
- Hace ejercicios durante 60 minutos o más al día
- Tiene dificultad para dormirse o mantenerse dormido
- NO puede hacer o NO hace ejercicios durante 60 minutos al día
- Toma una siesta: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Tiempo que pasa mirando la TV o en juegos de video: \_\_horas al día

**Cada día come algunos alimentos de los grupos de alimentos:**

- 5 a 9 porciones de frutas y verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, bayas y fresas, espinaca, maíz, chícharos
- 3 porciones de alimentos con alto contenido de calcio: leche, queso, yogur, leche de soya, tofu
- 2 o 3 porciones de alimentos con alto contenido de hierro: pescado, aves, carne, frijoles, legumbres y huevos
- 3 o más porciones de granos integrales: pan integral, cereales, arroz integral, tortillas, galletas o pasta
- Más de una porción de dulces, jugos de frutas o comida sin valor nutritivo cada día

En los últimos 12 meses, nos preocupamos de que se nos acabara la comida antes de que pudiéramos comprar más  sí  no

En los últimos 12 meses, la comida que compramos se nos acabó y no teníamos dinero para comprar más  sí  no

## SEGURIDAD EN EL HOGAR

### Situación actual respecto a la vivienda:

- alquilamos o dueños de casa     vivimos con amigos o familiares     hotel o motel  
 albergue de emergencia/vivienda de transición

¿Vive o juega su hijo en una casa o edificio construido antes de:  1978     remodelado en los últimos 5 años?

Alguien en la casa o que cuida a su hijo:     usa tabaco o fuma     usa alcohol     tiene un arma de fuego

Le preocupa que su hijo esté expuesto a:     violencia     drogas callejeras     condiciones inseguras

### Usa o tiene usted y/o su hijo lo siguiente:

- asientos de auto     cascos de bicicletas     detector de humo     detector de monóxido de carbón

## APRENDIZAJE

Mi hijo aprendió a hacer las cosas a la misma edad que otros niños (sentarse, pararse, caminar, usar el inodoro, etc.)

Si no, explique: \_\_\_\_\_

Mi hijo necesita ayuda con:     usar el inodoro     actividad/movilidad     vestirse     nutrición/comer

Otro: \_\_\_\_\_

### Marque cualquiera de los siguientes:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dice los números del 1 al 10                         | <input type="checkbox"/> Entiende a otras personas           |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar o es difícil entenderlo | <input type="checkbox"/> Puede seguir instrucciones          |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para que otros lo entiendan         | <input type="checkbox"/> Juega de diversas maneras           |
| <input type="checkbox"/> Parece torpe al usar las manos                       | <input type="checkbox"/> Camina o corre con torpeza (se cae) |