



Department of Health



Complete este lado de la página SOLAMENTE

## Evaluación de Salud de Niña(o)

Fecha(s): \_\_\_\_\_ Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Preguntas sobre el Historial de Salud de Niños

(por favor complete todas las preguntas de este lado de la página—deje el reverso en blanco)

¿A dónde va su niño(a) para la atención médica? Nombre del médico/clínica: \_\_\_\_\_

¿Asiste su niño(a) a visitas de bienestar de salud (well visits)?  Sí  No

¿Está su niño(a) al día con las vacunas?  Sí  No  No sé

¿Recibe su niño(a) terapia u otros servicios?  Física  Ocupacional  Habla

Visita al Hogar: \_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_  N/A

¿Tiene su niño(a) alguna condición médica, cirugía reciente, enfermedad, alergias a alimentos o lesiones? Por favor describa:

Por favor liste cualquier medicamento(s) que su niño(a) tome: \_\_\_\_\_  N/A

¿Se alimenta su niño(a) con sonda?  Sí, Describa: \_\_\_\_\_  No

Tiene su niño(a):  Estreñimiento  Diarrea  Vómitos  N/A

¿A alguien en su familia le han hecho la prueba de plomo?  Sí (niveles): \_\_\_\_\_  No  No sé

¿Tiene usted o su dentista alguna preocupación dental?  Sí \_\_\_\_\_  No  Yo no tengo un dentista

¿Vive en un lugar temporal (refugio, hotel, etc.)?  Sí  No

¿Ha entrado su niño en el cuidado de crianza o se ha mudado a hogares de cuidado de crianza, dentro de los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Ha sido su niño(a) abusado físicamente, verbalmente, sexualmente o abandonado?  Sí  No

¿Se preocupa de quedarse sin comida?  Sí  No

¿Usa bancos/despensas (food banks/pantries) de alimentos locales?  Sí  No

¿Qué preguntas o inquietudes tiene sobre la salud de su niño(a), sus hábitos alimenticios y la lactancia materna?

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.