

HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL MENOR (3-6 AÑOS)

Nombre del menor: _____ M F Fecha de nac.: _____

Edad: _____

(For office use only)

MARSS other ID: _____ Idiomas que hablan en el hogar: _____

Nombre(s) del padre/la madre/tutor: _____

Persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

¿Qué tan a menudo visita su hijo(a) a un médico o enfermero? _____ Fecha del último chequeo preventivo del menor: _____

¿Qué tan a menudo visita su hijo(a) a un dentista? _____ Fecha del último chequeo dental: _____

Fecha del examen ocular (de la vista) completo más reciente de su hijo(a), si se lo hicieron:

Un optometrista u oftalmólogo es quien realiza el examen ocular completo.

¿Tiene seguro médico su hijo(a)? Sí No Lo solicitó

Si corresponde, marque las casillas si usted o su hijo(a) participan en cualquiera de los servicios:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación familiar en la primera infancia | <input type="checkbox"/> Chequeos preventivos de menor | <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de menores |
| <input type="checkbox"/> Educación especial en la primera infancia | <input type="checkbox"/> Pre-kínder escolar | <input type="checkbox"/> Bajo cuidado de familiar/vecino |
| <input type="checkbox"/> Visitas domiciliarias "Follow Along/Family Home" | <input type="checkbox"/> Preescolar privado | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Educación para la crianza de hijos | <input type="checkbox"/> Head Start (asistencia a la primera infancia) | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Programas de parques y recreación | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> Banco de alimentos |

SALUD

Marque cualquier inquietud que aplique a su hijo(a) y descríbala:

Alergias: Alimentos _____ Medicamentos: _____

Animales/insectos: _____ Polvo/moho: _____

Estacionales: _____

- Toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas: _____
- Visitas a profesionales de la salud, hospitalizaciones o cirugías: _____
- Lesiones o enfermedades graves, visita a la sala de emergencias. Razón y fecha:

- Lesiones en la cabeza (¿perdió el conocimiento?): _____
- Exposición al plomo, nivel, si se conoce: _____
- Dificultad para respirar, tos o asma: _____
- Problemas de piel o sarpullidos: _____
- Convulsiones, ausencias (mirada fija): _____
- Problemas de la vista o usa anteojos: _____

SALUD (continuación)

Marque cualquier inquietud que aplique a su hijo(a) y descríbala:

- Tubos de drenaje (PE) de oídos o problemas de audición: _____
- Dientes: una o más caries: _____
- Alimentación, problemas de estómago o estreñimiento: _____
- Problemas de salud mental, como ansiedad, depresión o falta de atención? _____
- Adoptado; si lo es, a qué edad: Click or tap here to enter text.
- Cuidado de acogida o colocación fuera del hogar: _____
- ¿Problemas durante el embarazo o el parto? _____
- Nació más de tres semanas antes o después de lo previsto:
_____ Nro. de semanas al nacer Click or tap here to enter text. Peso del menor al nacer
- Al nacer, permaneció en el hospital más que la madre, razón: _____
- ¿Es posible que, antes de saber que estaba embarazada, usted haya consumido medicamentos, alcohol, cigarrillos o drogas ilegales? Click or tap here to enter text.
- Escriba toda otra inquietud adicional: _____

Marque cualquier problema de salud familiar (los padres o hermanos del menor)

- Problemas de atención
- Problemas de la vista
- 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/Audición de salud | <input type="checkbox"/> Anemia o rasgo de células falciformes | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |

RUTINAS DIARIAS DEL MENOR

Se acuesta a las _____ P.M Despierta a las _____ A.M

Cada día hace ejercicios durante 60 minutos o más

Dificultad para dormir/para mantenerse despierto NO puede o NO hace ejercicios durante 60 minutos

Duerme una siesta: Desde: _____ Hasta: _____

Tiempo de TV/videojuegos/pantallas: _____ Horas por día

Cada día come algunos alimentos de los grupos de alimentos:

5-9 porciones de frutas o verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, bayas, espinaca, maíz, chícharos/guisantes

2-3 porciones de alimentos ricos en calcio: leche, queso, yogur, leche de soja, tofu

2-3 porciones de alimentos ricos en hierro: pescado, aves de corral, carne roja, frijoles, legumbres, huevos

3 o más porciones de granos enteros: pan integral, cereal, arroz integral, tortillas, galletas saladas, pasta

Más de una porción de dulces, bebidas con sabor a fruta o comida chatarra cada día

Sí No Durante los 12 últimos meses, nos preocupó que se nos agotaran los alimentos antes de que pudiéramos comprar más

Sí No Durante los 12 últimos meses, los alimentos que compramos no nos alcanzaron y no teníamos dinero para comprar más

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Situación de vivienda actual:

Alquila o es propietario Comparte vivienda con amigos o familiares Hotel o motel

Refugio de emergencia/Vivienda transitoria Sin refugio (carros, parques y campamentos, tráiler temporal)

¿Su hijo(a) vive o juega en una vivienda o edificio que se construyó antes de... 1978? Se remodeló en los 5 últimos años?

Cualquier persona en su vivienda o que cuida de su hijo(a): ¿Fuma/Consume tabaco? ¿Consume alcohol?

¿Tiene un arma de fuego (usa bloqueo de seguridad)?

¿Le preocupa que su hijo(a) se exponga a?... Violencia Drogas ilegales Condiciones inseguras

¿Su familia podría necesitar ayuda para pagar los servicios públicos? Sí No: Referir al Programa de Asistencia Energética del Depto. de Comercio de MN

¿Su familia podría necesitar ayuda para pagar los gastos de cuidado de menores? Sí No: Referir a las Becas de Aprendizaje en la Primera Infancia

¿Usted o su hijo(a) tiene o usa lo siguiente?

Asientos infantiles de automóvil Cascos para bicicleta Detector de humo Detector de monóxido de carbono

APRENDIZAJE

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

Si responde NO, explique: _____

Mi hijo(a) necesita ayuda con: uso del baño actividad/movilidad vestirse nutrición/comer (¿necesita ayuda para comer naranjas? ¿beber leche?)

Otro/a: _____

Marque cualquiera de las siguientes opciones:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dice los números del 1 al 10 | <input type="checkbox"/> Entiende a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar | <input type="checkbox"/> Puede seguir instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para que lo entiendan los demás | <input type="checkbox"/> Juega con otros niños o juguetes |
| <input type="checkbox"/> Parece torpe al usar las manos | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar o correr (se cae) |