

Skagit/Island Head Start  
HEALTH INFORMATION FORM

Nombre del niño(a)	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
Proveedor de salud del niño(a): _____ Proveedor dental del niño(a): _____ Fecha del último examen físico del niño(a): ____ / ____ (Mes/Año) Fecha del último examen dental: ____ / ____ (Mes /Año)	<b>Seguro Médico Y Dental:</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> Apple Health <input type="checkbox"/> CHPW <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Coordinated Care <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Tricare	

**Información de nacimiento**

¿su bebe peso menos de 6lbs?                      Sí       No

¿su bebe fue prematuro (menos de 36 semanas)?      Sí       No

*Por favor marque si su hijo tiene un diagnostico confirmado o sospechado de cualquiera de los siguientes:*

ADHD/Ansiedad	Dolor de oído/infecciones frecuentes	Exposición al humo de segunda mano
Alergia*	Frecuentemente sangra de la nariz	Trastornos convulsivos*
Alergia a alimentos *	Problemas de audición/usa audífono del oído*	Enfermedad/lesión grave
Anemia	Condición cardiaca *	Condición/sensibilidad de la piel
Asma*	Hospitalizaciones	Cirugía
Diabetes*	Hipoglucemia* (Glucosa baja)	Problemas de la visión/usa lentes *
Desorden del Espectro Autista	¿Los padres/abuelos del niño(a) tiene problemas de salud/enfermedad crónica?	Usa prótesis de oído
Diabetes*	Enfermedad reactiva de las vías respiratorias*	Silbidos al respirar*
¿Drogas o alcohol durante el embarazo?	Exposición al Hepatitis	

¿Tiene usted preocupaciones acerca de la salud general de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Indique la necesidad para un *Plan individual de Salud Infantil*    \*\* Indique la necesidad para un **Plan Especializado de Cuidado de Salud**

SI	NO	MEDICAMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) toma medicamentos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) necesitara tomar medicamentos durante las horas en la escuela? (Un sí, indica la necesidad del Formulario de Medicamentos)

SI	NO	Evaluación de exposición al plomo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez se le ha realizado una prueba de detección de plomo a su hijo mediante un piquete en el dedo o extracción de sangre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposición al plomo/alto nivel de plomo a. ¿Vivió en un hogar con pintura deteriorada construida antes del 1978? b. ¿Tiene un familiar o persona cercana con envenenamiento de plomo? c. ¿Vive con un adulto que trabaja donde hay plomo? (ej. soldadura, vidrieras, cerámica). d. ¿Vivió cerca de un horno de fundación/ planta de baterías/taller de vehículos u otra industria relacionada con el plomo?

**HEALTH INFORMATION FORM CONTINUED**

e. ¿Usted o su familia han usado remedios caseros tal como azorean, greta, kohl o pavlooh?

SI	NO	EVALUACIÓN DE SALUD FÍSICA	COMENTARIOS/EXPLIQUE
_____	Hrs.	¿En cuánto juego diario y activo está involucrado su hijo(a)?	
_____	Hrs.	¿Cuánto tiempo pasa su hijo(a) viendo la TV, videos o jugando video juegos?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene preocupaciones acerca del crecimiento físico de su hijo(a)?	

SI	NO	EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN	COMENTARIOS/EXPLIQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo WIC?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo beneficios de EBT/SNAP?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) come frutas y verduras?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Considera que su hijo(a) es selectivo para comer?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿disfrutan las comidas juntos como familia?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay alimentos que su hijo(a) no come por razones culturales, étnicas o religiosas?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Come su hijo cosas que no sean alimentos?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene usted preocupaciones acerca de la nutrición o hábitos de comer?	
Su hijo(a) bebe de un <i>(circule las que aplican)</i> : Biberón                  Baso			
Su hijo(a) <i>(circule las que aplican)</i> : Amamanta                  Usa Formula                  No se Aplica ¿Con que frecuencia? _____ veces/24hrs			

SI	NO	EVALUACION DEL USO DEL BANO	COMENTARIOS/EXPLIQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) usa el baño solo o está en el proceso de entrenamiento?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le gustaría el apoyo del personal del centro para ayudar a entrenar a su hijo para usar el baño?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) necesita pañales? Tamaño: _____	

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Health Information form reviewed by (staff signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**

**Additional required documents:**

- Individual Health Plan                   Specialized Health Care Plan                   Medication Form
- Allergy Letter                   Request for Fluid Milk Substitution                   Request for Special Dietary Accommodations
- Plan for diet change due to Religious preferences