

Bebés, niños menores de 3 años y preescolares - Formulario de salud infantil

PADRES/TUTOR: COMPLETAR LAS PÁGINAS 1 y 2 - Información del niño

Nombre del niño	F. de nac. del niño	Centro de guardería _____ N.º de teléfono _____
Nombre del padre/madre/tutor n.º 1		Nombre de padre/madre/tutor n.º 2
Dirección del niño n.º 1		Teléfono n.º 1
Dirección del niño n.º 2		Teléfono n.º 2
Lugar de trabajo del padre/madre/tutor n.º 1	Dirección del trabajo	N.º de teléfono de la casa N.º de teléfono del trabajo N.º de teléfono celular Correo electrónico personal Correo electrónico laboral
Lugar de trabajo del padre/madre/tutor n.º 2	Dirección del trabajo	N.º de teléfono de la casa N.º de teléfono del trabajo N.º de teléfono celular Correo electrónico personal Correo electrónico laboral
<p>En caso de emergencia médica, el proveedor de cuidados de guardería está autorizado a obtener ATENCIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA U ODONTOLÓGICA, incluso si el centro de guardería no pudiera comunicarse inmediatamente con el padre, la madre o el tutor. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Durante una emergencia, el proveedor de cuidados de guardería está autorizado a comunicarse con la persona mencionada a continuación cuando no pudiera comunicarse con el padre, la madre o el tutor.</p> <p>Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha _____</p> <p>Nombre de la persona que actúa de contacto de emergencia alternativo: _____ N.º de teléfono _____</p> <p>Relación con el niño: _____ N.º de teléfono celular _____</p>		
Nombre del médico de niño	Teléfono n.º 1 del médico	Hospital de elección
Dirección del médico	Teléfono fuera del horario	N.º de teléfono _____
		¿El niño tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí, Compañía _____ N.º de ID _____
Nombre del dentista del niño (o del dentista de la familia)	Teléfono n.º 1 del dentista	¿El niño tiene seguro odontológico? <input type="checkbox"/> Sí, Compañía _____ N.º de ID _____
Dirección del dentista	Teléfono fuera del horario	<input type="checkbox"/> NO, no tenemos seguro de salud. <input type="checkbox"/> NO, no tenemos seguro odontológico.
Nombre de otro especialista médico	N.º de teléfono	<input type="checkbox"/> Solicitamos que nos ayuden a obtener seguro de salud u odontológico.
Tipo de especialidad		

Nombre del

PADRE/MADRE/TUTOR COMPLETE ESTA PÁGINA Nombre del niño: _____

Cuéntenos acerca de la salud de su hijo. Marque la casilla con una **X** si la oración se aplica a su hijo. Marque *todo* lo que se aplique a su hijo. Esto ayudará a su proveedor de cuidados de guardería a planificar el examen físico de su hijo.

Crecimiento

Me preocupa el crecimiento de mi hijo.

Apetito

Me preocupa la alimentación/los hábitos de alimentación o el apetito de mi hijo.

Descanso -

Me preocupa la cantidad de sueño que mi hijo necesita.

Enfermedad/cirugía/lesión - Mi hijo tuvo una enfermedad, lesión o cirugía grave.

Describa:

Actividad física - Mi hijo debe restringir su actividad física.

Describa:

Desarrollo y aprendizaje

Me preocupa la conducta, el desarrollo o el aprendizaje de mi hijo.

Describa:

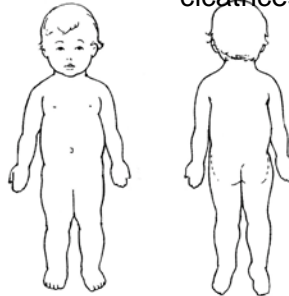
Alergias - Mi hijo tiene alergias. (A medicamentos, alimentos, polvo, moho, polen, insectos, animales, etc.).

Describa:

Plan de atención de necesidades especiales – Mi hijo tiene un plan de atención de necesidades especiales (IEP, IFSP, Plan de acción para el asma, Plan de acción para alergias alimentarias, etc.). Hable al respecto con su proveedor de atención médica.

Salud corporal - Mi hijo tiene problemas de piel, marcas de nacimiento, manchas mongólicas, pelo, uñas de los dedos de las manos o uñas de los dedos de los pies.

Haga un esquema y describa el color/la forma de las manchas de nacimiento, cicatrices y lunares en la piel



- Ojos/visión, anteojos
- Oídos/audición, audífonos, dolores de oído, tubos en los oídos
- Problemas nasales, hemorragias nasales, goteo nasal
- Boca, dentición, encías, lengua, llagas en la boca o en los labios, respiración bucal, ronquidos
- Dolores de garganta o amigdalitis frecuentes
- Problemas respiratorios, asma, tos, crup
- Corazón, soplo cardíaco
- Dolor de estómago, malestar estomacal, regurgitación
- Uso del baño, entrenamiento para ir solo al baño, micción
- Huesos, músculos, movimiento, dolor con el movimiento, usa equipo de asistencia
- Sistema nervioso, dolores de cabeza, convulsiones o hábitos nerviosos (como tics o movimientos nerviosos)
- Necesita equipo especial.

Haga una lista de equipos:

Medicamentos - Mi hijo toma medicamentos. (Haga una lista con el nombre del medicamento, la hora en que lo toma y el motivo por el que se lo recetaron).

Preguntas o comentarios del padre, la madre o el tutor para el proveedor de atención médica:

Infant, Toddler, Preschool Age – Child Health Form

HEALTH PROFESSIONAL COMPLETE THIS PAGE

Child's Name: _____

Birthdate: _____ **Age today:** _____

Date of Exam: _____

Height/Length: _____ Weight: _____

BMI– starting at age 24 mo. _____

Head Circumference- age 2 yr. and under: _____

Blood Pressure-start @ age 3 yr: _____

Hgb or Hct- @ 12 mo: _____

Lead Risk Assessment: _____

Blood Lead Level: date _____ results _____

Sensory Screening:

Vision Assessment: _____

Vision Acuity: Right eye _____ Left eye _____

Hearing Assessment: Right ear _____ Left ear _____

Tympanometry (may attach results)

Developmental Screening/Surveillance:

(n = normal limits) otherwise describe

Developmental screening results:

Autism screening results:

Psychosocial/behavioral results

Developmental Referral Made Today: Yes No

Exam Results: (n = normal limits) otherwise describe

HEENT

Oral/Teeth

Date of Dental exam _____

Oral Health/Dental Referral Made Today: Yes No

Heart

Lungs

Stomach/Abdomen

Genitalia

Extremities, Joints, Muscles, Spine

Skin, Lymph Nodes

Neurological

Health Care Provider comments:

Allergies

Environmental: _____

Medication: _____

Food: _____

Insects: _____

Other: _____

Immunization: Please attach:

- Iowa Department of Public Health
Certificate of Immunization
- Iowa Department of Public Health
Certificate of Immunization Exemption Medical
- Iowa Department of Public Health
Certificate of Immunization Exemption Religious.
- TB testing completed (only for high-risk child)

Medication: Health professional authorizes the child may receive the following medications while at the child care facility: (include over-the-counter and prescribed)

Medication Name

Dosage

- Diaper crème:
- Fever or Pain reliever:
- Sunscreen:
- Other

Other Medication should be listed with written instructions for use in child care. Medication forms available at www.idph.iowa.gov/hcci/products

Referrals made:

- Referred to **hawk-i** today 1-800-257-8563
- Other: _____

Health Provider Assessment Statement:

The child may participate in developmentally appropriate early care/learning with **NO** health-related restrictions.

The child may participate in developmentally appropriate early care/learning **with restrictions** (see comments).

The child has a special needs care plan

Type of plan _____
(please attach)

May use stamp

Signature _____
Circle the Provider Credential Type: MD DO PA ARNP
Address: _____ Telephone: _____

¹ Iowa Child Care Regulations require an admission physical exam report within the previous year and annually. The American Academy of Pediatrics has recommendations for frequency of childhood preventative pediatric health care (Bright Futures 2015) https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf

