

**UMATILLA-MORROW HEAD START - HEALTH HISTORY - HISTORIAL DE SALUD**

CHILD'S NAME/NOMBRE DEL NIÑO: Pedro Esteban D.O.B/F. de N.: 8/22/05 CENTER: \_\_\_\_\_

Does child have a doctor?  Yes  No

¿Ve el niño a un doctor?  Si  No

Date of last well child exam: \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen de bienestar: \_\_\_\_\_

Name of doctor or Clinic: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Does child have a dentist?  Yes  No

¿Ve el niño un dentista?  Si  No

Date of the last exam: \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen: \_\_\_\_\_

Name of dentist: Waiting on assigned provider

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Does child currently take any medication?  Yes  No

¿Toma el niño algún medicamento al corriente?  Si  No

If yes, what type? allergy - ep: pen, benedryl, how often? as needed

Si si, ¿Que tipo? \_\_\_\_\_, Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Has child had any of the following conditions?

¿Ha tendido el niño alguna de las siguientes enfermedades?

	YES	NO		YES	NO		SI	NO		SI	NO
Allergies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whooping Cough	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Ferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Scarlet Fever	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serious Accident	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Accidente Serio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serious Illness	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad Seria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surgery or Hospitalization	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cirugía u Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rota virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liver Disease	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Frequent Cough	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con Frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sickle Cell Disease	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Frequent Sore Throat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad de Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor-Garganta frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Stomach Pain	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor del Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seizures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diarrhea/Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea/Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problems with Urinating	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eczema or Skin Problems	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema o Problemas-Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Measles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Impetigo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impétigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
German Measles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hearing Problems	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vision Problems	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain any "YES" answers/Favor de explicar cualquier respuesta marcada "SI":

Severe peanut allergy, asthma, admitted to dr for allergies, has epi pen

DEVELOPMENTAL DISABILITY	YES	NO	INCAPACIDAD DEL DESARROLLO	SI	NO
Does child have any suspected developmental delays?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene el niño alguna sospecha de retraso en el desarrollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child require any special braces or equipment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Requiere el niño algún aparato o equipo especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain any "YES" answers/Favor de explicar cualquier respuesta marcada "SI":

SMOKE EXPOSURE	YES	NO		SI	NO
Is your child exposed to second hand smoke?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Es expuesto su niño al humo de segunda mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is tobacco currently in use in your home? (i.e.: smokeless tobacco, cigars, pipe, cigarettes)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Actualmente, se usa tabaco en su hogar? (por ejemplo: tabaco sin humo, puros, pipa, cigarros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain any "YES" answers/Favor de explicar cualquier respuesta marcada "SI":

NUTRITION	YES	NO	NUTRICIÓN	SI	NO
Does child take vitamins, minerals or Fluoride at home?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma el niño vitaminas, minerales o Fluoruro en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has child been weaned from the bottle? (When?)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le a quitado al niño el biberón? (¿Cuándo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child ever eat non-food items such as dirt or paint?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿A comido el niño cosas que no se comen, como tierra o pintura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child require a special diet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Requiere el niño alguna dieta especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain any "YES" answers/Favor de explicar cualquier respuesta marcada "SI":

No Peanutbutter on any food made with peanuts

ORAL HEALTH	YES	NO	SALUD ORAL	SI	NO
Does parent help child brush his/her teeth? How often?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ayudan los padres al niño a cepillarse los dientes, con que frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child use Fluoridated toothpaste when brushing?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa el niño pasta con Fluoruro al cepillarse los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child, parent, or sibling have any untreated tooth decay?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene el niño o padres caries dental sin ser atendida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child use a bottle or take a bottle to bed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Usa el niño biberón o se duerme con biberón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does child snack on sweets or soda pop? How often?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Come el niño meriendas dulces o sodas, con que frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has parent ever had a bad experience with a dentist?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Han tenido los padres malas experiencias con un dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please explain any "YES" answers/Favor de explicar cualquier respuesta marcada "SI":

child likes to brush his teeth, offer soda 1x a week

Have there been any major changes in your child's life in the past six months? If yes, please describe: (¿Ha tenido el niño cambios mayores en su vida en los últimos seis meses? Si si, favor de explicar):

child likes to

Parent/Guardian Signature; Firma de Padres/Guardián: Juanita Estevan Date/ Fecha: 7/15/09

Annual Review: Parent/Guardian Initials; Iniciales de Padres/ Guardián: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha \_\_\_\_\_