

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

CHILD'S NAME/NOMBRE DEL NIÑO: _____ D.O.B/F. de N.: _____ 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: _____

Nombre del dentista: _____

Does child currently take any medication? Yes No

¿Toma el niño algún medicamento al corriente? Si No

If yes, what type? _____, how often? _____

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			Meningitis			Alergias			Meningitis		
Asthma			Whooping Cough			Asma			Tos Ferina		
Anemia			Scarlet Fever			Anemia			Fiebre Escarlatina		
Serious Accident			Rheumatic Fever			Accidente Serio			Fiebre Reumática		
Serious Illness			Chicken Pox			Enfermedad Seria			Varicela		
Surgery or Hospitalization			Hepatitis A			Cirugía u Hospitalizado			Hepatitis A		
Diabetes			Hepatitis B			Diabetes			Hepatitis B		
Heart Disease			Rotavirus			Enfermedad del Corazón			Rota virus		
Liver Disease			Jaundice			Enfermedad del Hígado			Ictericia		
Hemophilia			Frequent Cough			Hemofilia			Tos con Frecuencia		
Sickle Cell Disease			Frequent Sore Throat			Enfermedad de Ceguera			Dolor-Garganta frecuente		
Epilepsy			Stomach Pain			Epilepsia			Dolor del Estomago		
Seizures			Diarrhea/Vomiting			Ataques			Diarrea/Vómitos		
Tuberculosis			Problems with Urinating			Tuberculosis			Problemas con Orinar		
Polio			Eczema or Skin Problems			Polio			Eczema o Problemas-Piel		
Measles			Impetigo			Sarampión			Impétigo		
German Measles			Hearing Problems			Rubéola			Problemas del Oído		
Mumps			Vision Problems			Paperas			Problemas de la Vista		

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

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

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?			¿Es expuesto su niño al humo de segunda mano?		
Is tobacco currently in use in your home? (i.e.: smokeless tobacco, cigars, pipe, cigarettes)			¿Actualmente, se usa tabaco en su hogar? (por ejemplo: tabaco sin humo, puros, pipa, cigarros)?		

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?			¿Toma el niño vitaminas, minerales o Fluoruro en casa?		
Has child been weaned from the bottle? (When?)			¿Le a quitado al niño el biberón? (¿Cuándo?)		
Does child ever eat non-food items such as dirt or paint?			¿A comido el niño cosas que no se comen, como tierra o pintura?		
Does child require a special diet?			¿Requiere el niño alguna dieta especial?		

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

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

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

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): _____

Parent/Guardian Signature; Firma de Padres/Guardián: _____ Date/ Fecha: _____

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