

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES	DESCRIBA LO QUE HA VISTO	FECHA (INICIALES)
1. CONDICION GENERAL <i>(costumbres alimenticias, nutrición, higiene, condición del cutis, postura, fatiga indebida):</i>		
2. CONDUCTA GENERAL <i>(alerto, responde, atento, inquieto, temeroso, tímido, agresivo, contento, cooperativo, obediente):</i>		
3. CONDUCTA DURANTE EL JUEGO <i>(socialmente activo, solitario, interesado, coordinado, excitable, se cansa facilmente):</i>		
4. RENDIMIENTO <i>(memoria, logros, interés, razonamiento, orgulloso de su rendimiento, actitud, habilidad para concentrarse):</i>		
5. ESTADO PERCEPTUAL <i>(visión, audición, habla, comprensión, concentración):</i>		
6. OTROS FACTORES NOTADOS <i>(por ejemplo, enfermedades recurrentes, ausencias frecuentes, etc.)</i>		

7. ¿CUAL ES SU OPINION SOBRE LA SALUD DE ESTE NIÑO? *(Use un lápiz; actualize la información a medida que ocurran cambios)*

- APARENTA ESTAR EN BUENA SALUD     
  NO ESTA EN BUENA SALUD     
  TIENE PROBLEMAS NOTABLES DE LA CONDUCTA     
  PROBLEMAS ESPECIFICOS TAL COMO HA SIDO NOTADO, PERO DEMUESTRA SALUD GENERAL

Firma del Maestro: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

8. COMENTARIOS

A SER COMPLETADO POR EL MAESTRO O VISITANTE DE HOGAR TEMPRANO EN EL AÑO OPERACIONAL Y ACTUALIZADO A MEDIDA QUE OCURRRAN CAMBIOS.

**A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE HEAD START DURANTE LA ENTREVISTA CON EL PADRE/TUTOR.**

**NOMBRE DEL NIÑO:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**CENTRO HEAD START:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_ **TITULO:** \_\_\_\_\_

1. PERSONA ENTREVISTADA \_\_\_\_\_  
 FECHA, \_\_\_\_\_ RELACION CON EL NINO \_\_\_\_\_
2. SOBRENOMBRE DEL NINO \_\_\_\_\_
3. DIRECCION DEL NINO (*Utilice lápiz, mantenga al día*)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_
4. NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_
5. NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_
6. NOMBRE DEL TUTOR \_\_\_\_\_
7. NORMALMENTE EL NINO ES CUIDADO DURANTE EL DIA POR \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_, RELACION \_\_\_\_\_
8. IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR (*Si hay más de uno, marque un "1" en el idioma primario:*)  
 \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Español  
 \_\_\_\_\_ Otro
9. FUENTE DE REEMBOLSO O SERVICIOS (*Circule "Si" o "No" por cada fuente. Utilice un lápiz, mantenga al día*)  
 SI NO EPSDT/Medicaid (Ultimo No. de cert.): \_\_\_\_\_  
 SI NO Agencia Federal, Estatal, o Local: \_\_\_\_\_  
 SI NO Suministrador Clase: \_\_\_\_\_  
 SI NO Otro (3ra parte): \_\_\_\_\_  
 No. de Identificación: \_\_\_\_\_  
 SI NO WIC  
 SI NO Estampillas para alimentos
10. FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO DEL NINO \_\_\_\_\_
11. FECHA DE LA ULTIMA VISITA AL DENTISTA \_\_\_\_\_

12. FUENTE USUAL DE CUIDADO DE SALUD Y EMERGENCIA (*Nombre, dirección, y no. de teléfono:*)  
 Médico \_\_\_\_\_  
 Clínica \_\_\_\_\_  
 Hospital y Sala de Emergencia \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Dentista \_\_\_\_\_

13. EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE A  
 (1) \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
 (3) \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

14. CONDICIONES QUE PUEDEN SER IMPORTANTES DURANTE UNA EMERGENCIA: (*Traslade del formulario 2A*)  
 Asma Severa  
 Diabetis  
 Ataques, Convulsiones  
 Alergias, Picadas \_\_\_\_\_  
 Alergias, Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

15. INFORMACION DEL HOGAR (*Por favor complete la información de toda la familia y miembros del hogar.*)

	FECHA DE NACIMIENTO	VIVE CON EL NINO		PROBLEMAS DE LA SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
		Si	No	
PADRE _____				
MADRE _____				
HERMANOS ( <i>de mayor a menor</i> )				
(1) _____				
(2) _____				
(3) _____				
OTRO ( <i>Especifique la relación</i> )				
(1) _____				
(2) _____				
(3) _____				

(*Utilice más papel si es necesario*)

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 PERSONA ENTREVISTADA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE HEAD START DURANTE LA ENTREVISTA CON EL PADRE/TUTOR. CENTRO HEADSTART.

HISTORIAL DEL EMBARAZO/NACIMIENTO	SI	NO	EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI"
1. ¿ACASO LA MADRE TUVO PROBLEMAS DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO O NACIMIENTO?			
2. ¿ACASO LA MADRE VISITO AL MEDICO NO MENOS DE DOS VECES DURANTE EL EMBARAZO?			
3. ¿ACASO EL NIÑO NACIO FUERA DEL HOSPITAL?			
4. ¿NACIO MAS DE 3 SEMANAS ADELANTADO O ATRASADO?			
5. ¿CUANTO PESO EL NIÑO AL NACER?			
6. ¿TUVO ALGUN PROBLEMA EL NIÑO AL NACER?			_____ libras _____ onzas
7. ¿TUVO ALGUN PROBLEMA EL NIÑO EN LA ENFERMERIA?			
8. ¿EL NIÑO O MADRE TUVIERON QUE QUEDARSE EN EL HOSPITAL MAS DE LO NORMAL POR CAUSAS MEDICAS?			
9. ¿ES POSIBLE QUE LA MADRE ESTE ENCINTA AHORA?			(Si la respuesta es sí, pregunte sobre cuidado prenatal o pida una hora para discutir arreglos para cuidado prenatal.)
HOSPITALIZACIONES Y ENFERMEDADES	SI	NO	EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI"
10. ¿HA SIDO HOSPITALIZADO EL NIÑO O HA TENIDO UNA OPERACION?			
11. ¿HA SUFRIDO EL NIÑO ALGUN ACCIDENTE GRAVE? (huesos quebrados, lesiones cerebrales, caídas, quemaduras, envenenamiento)?			
12. ¿HA SUFRIDO EL NIÑO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA?			
PROBLEMAS DE LA SALUD	SI	NO	EXPLIQUE (Use hojas adicionales si es necesario)
13. ¿ES POSIBLE QUE EL NIÑO TENGA CON FRECUENCIA DOLOR DE GARGANTA; TOS; INFECCIONES URINARIAS O DIFICULTAD AL URINAR; DOLOR DE ESTOMAGO, VOMITO, O DIARREA?			
14. ¿ACASO EL NIÑO TIENE DIFICULTADES VISUALES? (Bischo, ojos cruzados, o mira de cerca los libros?)		*	
15. ¿USA (o debería de usar) ANTEOJOS EL NIÑO?		*	(Si la respuesta es "sí") ¿EL ULTIMO EXAMEN FUE HACE MAS DE UN AÑO? _____ *
16. ¿TIENE PROBLEMAS EL NIÑO CON LOS OIDOS/AUDICION (Dolor en el oído, dolor de oído frecuente, materia, o se soba o favorece un oído)?		*	
17. ¿HA NOTADO QUE EL NIÑO SE RASCA LA PARTE DE ATRAS (Trasera, ano) MIENTRAS DUERME?			
18. ¿HA TENIDO EL NIÑO UN ATAQUE O CONVULSION? ¿TOMA EL NIÑO MEDICINA PARA LAS CONVULSIONES?		*	Si la respuesta es "sí" pregunte: ¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE OCURRIO ESTO? ¿CUAL REMEDIO?
19. ¿EL NIÑO TOMA ALGUN OTRO REMEDIO AHORA? (Un formulario especial de consentimiento deberá ser firmado antes de que Head Start pueda administrar cualquier remedio).			¿CUAL REMEDIO? _____ (Si la respuesta es "sí") ¿SERA NECESARIO ADMINISTRARLO MIENTRAS EL NIÑO ESTE EN HEAD START? _____ ¿CON QUE FRECUENCIA? _____
20. ¿EL NIÑO ESTA SIENDO TRATADO POR UN MEDICO O DENTISTA?			(NOMBRE DEL MEDICO: _____)
21. ¿EL NIÑO HA TENIDO: ___ DIVIESOS ___ VIRUELA ___ ECZEMA ___ RUBEOLA ___ SARAMPION ___ PAPERA ___ ESCARLATINA ___ TOS FERINA?			
22. ¿EL NIÑO HA TENIDO: ___ URTICARIA ___ POLIO?		*	
23. ¿EL NIÑO HA TENIDO: ___ ASMA ___ TENDENCIA A SANGRAR ___ DIABETIS ___ EPILEPSIA ___ ENFERMEDAD AL CORAZON/VENAS ___ ENFERMEDAD AL HIGADO ___ FIEBRE REUMATICA ___ CELULAS FALCIFORMES?		*	Si la respuesta es "sí", traslade la información a los Formularios 1 y 5.
24. ¿EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA CON ALERGIAS (Salpudido, picazón, hinchazón, dificultad al respirar, estornudar)? a. ¿CUANDO COME? _____ c. ¿CUANDO ESTA CERCA DE ANIMALES, _____ b. ¿CUANDO TOMA REMEDIOS? _____ PIELES, INSECTOS, POLVO, ETC.? _____		*	Si la respuesta es "sí", traslade la información a los formularios 1 y 5. ¿CUALES COMIDAS? _____ ¿CUALES COSAS? ¿CUALES REMEDIOS? _____ ¿COMO REACCIONA EL NIÑO?
25. (Si hay algunas respuestas de "sí" a las preguntas 14, 16, 18, 22, 23 o 24 pregunte:) ¿LAS CONDICIONES DE LAS CUALES HEMOS HABLADO HASTA AHORA ESTORBAN EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DEL NIÑO? ¿UN MEDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE DIJO A UD. QUE SU NIÑO TIENE ESTE PROBLEMA?			DESCRIBA COMO:  ¿CUANDO?
26. ¿HAY ALGUNAS OTRAS CONDICIONES DE LAS CUALES NO HEMOS HABLADO Y QUE ESTORBAN EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DEL NIÑO? ¿UN MEDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD LE DIJO A UD. QUE SU NIÑO TIENE ESTE PROBLEMA?			DESCRIBA:  ¿CUANDO?

\* Si las preguntas marcadas con una \* tienen respuestas "sí", pase a la pregunta 25.

PERSONA ENTREVISTADA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

DESARROLLO FISICO Y PSICO-SOCIAL

ESTAS PREGUNTAS NOS AYUDARAN A ENTENDER MEJOR A SU NINO Y A SABER LO QUE ES USUAL PARA EL/ELLA Y AQUELLAS COSAS NO USUALES QUE NOS DEBERIAN PREOCUPAR:

27. PUEDE DECIRME UNA O DOS COSAS QUE LE INTERESAN A SU NINO O AREAS EN LAS CUALES LE VA BIEN?

28. ¿SU NINO DUERME SIESTA? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI CONTESTA "SI", DESCRIBA CUANDO Y POR CUANTO TIEMPO.

29. ¿SU NINO DUERME MENOS DE 8 HORAS AL DIA O TIENE DIFICULTAD EN DORMIR (COMO POR EJEMPLO, SE PONE IRRITABLE, TIENE PESADILLAS, QUIERE QUEDARSE DESPIERTO HASTA TARDE)? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI CONTESTA "SI", DESCRIBA LOS ARREGLOS (EL NINO TIENE SU PROPIO CUARTO, SU PROPIA CAMA, ETC.).

30. ¿COMO LE DICE SU NINO CUANDO TIENE QUE USAR EL BANO?

31. ¿SU HIJO NECESITA AYUDA AL IR AL BANO DURANTE EL DIA O NOCHE, O SE MOJA LOS PANTALONES? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI CONTESTA "SI", POR FAVOR DESCRIBA.

32. ¿COMO ACTUA SU NINO CON AQUELLOS ADULTOS QUE NO CONOCE?

33. ¿COMO ACTUA SU NINO CON ALGUNOS NINOS DE SU PROPIA EDAD?

34. ¿COMO ACTUA SU NINO CUANDO JUEGA CON UN GRUPO DE OTROS NINOS?

35. ¿SU NINO SE PREOCUPA MUCHO, O TEME ALGO? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI CONTESTA "SI", ¿CUALES COSAS LE PREOCUPAN O LE CAUSAN MUCHO MIEDO?

36. LOS NINOS APRENDEN A HACER COSAS A DIFERENTES EDADES. NECESITAMOS SABER LO QUE CADA NINO YA PUEDE HACER O ESTA APRENDIENDO A HACER CON FACILIDAD, Y EN QUE AREAS PUEDEN SER LENTOS O NECESITAR AYUDA PARA QUE PODAMOS ADAPTAR NUESTRO PROGRAMA DE ACUERDO A CADA NINO. VOY A ENUMERAR ALGUNAS COSAS QUE LOS NINOS APRENDEN A HACER A DIFERENTES EDADES Y PREGUNTARLE CUANDO COMENZO SU NINO A HACERLAS, EN LA MEJOR FORMA QUE UD. LAS RECUERDE. (ENTREVISTADOR: Lea la pregunta de cada artículo listado más abajo, y revise las respuestas del padre en el espacio apropiado).

a. UD. DIRIA QUE SU HIJO COMENZO A \_\_\_\_\_ ANTES DE LO QUE UD. ESPERABA, MAS O MENOS CUANDO UD. LO ESPERABA, O MAS TARDE DE LO QUE UD. ESPERABA?

b. CUANDO COMENZO A \_\_\_\_\_ ?

	TEMPRANO	AL TIEMPO ESPERADO	TARDE	EDAD
(a) SENTARSE SOLO				
(b) GATEAR				
(c) CAMINAR				
(d) HABLAR				
(e) COMER Y VESTIRSE SOLO				
(f) APRENDIO A UTILIZAR EL BANO				
(g) RESPONDER A LA INSTRUCCIONES				
(h) JUGAR CON JUGUETES				
(i) USAR LAPICES DE CERA				
(j) ENTENDER LO QUE SE LE DICE				

37. ¿ACASO SU NINO TIENE DIFICULTADES EN DECIR LO QUE EL/ELLA DESEA HACER O UD. TIENE DIFICULTAD EN COMPRENDER A SU NINO? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI LA RESPUESTA ES "SI," POR FAVOR DESCRIBA.

38. LOS NINOS A VECES SE PONEN DE MAL HUMOR O LLORAN CUANDO ESTAN CANSADOS, CON HAMBRE, ENFERMOS, ETC. ¿ACASO SU NINO SE PONE DE MAL HUMOR A MENUDO O LLORA EN OTRAS OCASIONES, CUANDO UD. NO SABE POR QUE? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI LA RESPUESTA ES SI, PUEDE COMENTAR SOBRE ESTO?

CUANDO ESTO OCURRE, ¿QUE HACE UD. PARA QUE SU NINO SE SIENTA MEJOR?

39. ¿HA HABIDO GRANDES CAMBIOS EN LA VIDA DE SU HIJO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI LA RESPUESTA ES "SI", POR FAVOR DESCRIBA.

40. ¿ACASO UD. O SU FAMILIA TIENEN PROBLEMAS QUE PODRIAN AFECTAR A SU NINO? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI LA RESPUESTA ES "SI", POR FAVOR DESCRIBA.

41. ¿HAY ALGO MAS QUE UD. QUISIERA QUE NOSOTROS SUPIERAMOS SOBRE SU NINO? \_\_\_\_\_ NO, \_\_\_\_\_ SI. SI LA RESPUESTA ES "SI", POR FAVOR DESCRIBA.

A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL HEAD START Y EL PADRE/TUTOR TEMPRANO EN EL AÑO DESPUES DE LA MATRICULA DEL NIÑO.

# HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO

# FORM. 3, SELECCION, EXAMEN FISICO/EVALUACION

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CENTRO HEAD START: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_

1. INFORMACION RELEVANTE (del Historial de la Salud, Observaciones del Padre/Maestro):  
 2. PRUEBAS DE SELECCION. Los puntos con (\*) son requeridos por Head Start y recomendados por la Academia de Pediatría para niños de 3-5 años. Anote las fechas si se ha hecho previamente. Al anotar los resultados, ponga como mínimo, "N", "S", o "A" para NORMAL, SOSPECHADO, O NO TIPICO/ANORMAL, repectivamente.

	FECHA	RESULTADOS	PRUEBA	FECHA	RESULTADOS
a. EDAD ACTUAL*		_____ AÑOS _____ MESES	g. VISION (Tipo de Prueba)*		
b. ESTATURA (sin zapatos, la más cercana hasta 1/8 de pulgada)			ACUIDAD, R/L _____		
c. PESO (ropa liviana, la más cercana hasta 1/4 de libra)*			REEVALUACION _____		
d. PRESION SANGUINEA			ESTRABISMO _____		
e. HEMOCRATICO O HEMOGLOBINA*			COMENTARIOS _____		
f. AUDICION (Tipo de Prueba)*			n. OTRAS PRUEBAS (si son indicadas)		
RESULTADOS, R/L _____			(1) TB _____		
RESELECCION _____			(2) Células Falciformes _____		
COMENTARIOS _____			(3) Plomo _____		
			(4) Ova y Parásitos _____		
			(5) Analisis de la orina _____		
			(6) Otro _____		

3. EXAMEN/EVALUACION FISICA. Complete y devuelva a Head Start las tres copias de arriba.

	NORMAL	ANORMAL	NO EVA.	COMENTARIOS (Utilice una hoja adicional si es necesario)
a. APARENCIA GENERAL				
b. POSTURA Y MODO DE CAMINAR				
c. HABLA				
d. CABEZA				
e. CUTIS				
f. OJOS: (1) Aspectos externos				
(2) Fondo Optico				
(3) Examen				
g. OREJAS: (1) Exterior y Canales				
(2) Membranos Timpánicos				
h. NARIZ, BOCA, FARINGE				
i. DIENTES				
j. CORAZON				
k. PULMONES				
l. ABDOMEN (incluyendo hernia)				
m. PARTES GENITALES				
n. HUESOS, ARTICULACIONES, MUSCULOS				
o. NEUROLOGICO/SOCIAL				
(1) Destrezas motoras globales				
(2) Destrezas motoras finas				
(3) Destrezas de la comunicación				
(4) Cognitiva				
(5) Destrezas de auto-ayuda				
(6) Destrezas sociales				
p. GLANDULAS (Linfático/tiroides)				
q. COORDINACION MUSCULAR				
r. OTRO				

s. MANIFESTACION GENERAL SOBRE EL ESTADO FISICO DEL NIÑO:  
 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

4. RESULTADOS, TRATAMIENTOS, Y RECOMENDACIONES

RESULTADOS/DIAGNOSTICO ANORMAL	PLAN DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO RECOMENDADO O RESULTADOS (Ponga sus iniciales cuando lo complete)	FECHA
a.			
b.			
c.			
d.			

PARTE I. A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE HEAD START O SUMINISTRADOR DE CUIDADO DE SALUD ANTES DEL EXAMEN FISICO/EVALUACION

PARTE II. A SER COMPLETADO POR EL SUMINISTRADOR DE CUIDADO DE SALUD DURANTE Y DESPUES DEL EXAMEN FISICO/EVALUACION

A SER COMENZADO POR EL PERSONAL DE HEAD START EN LA ENTREVISTA CON LOS PADRES, Y LUEGO USADO POR EL MEDICO O CLINICA PARA COMPLETAR EL ARCHIVO PARA HEAD START.

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CENTRO HEAD START \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

**1. INMUNIZACIONES**

VACUNA	FECHA DADA DI/MES/ANO	DOCTOR O CLINICA	FECHA DE LA SI- GUIENTE DOSIS
DTP			
Td DT			
POLIO -OPV			
MMR			
HIB - SI ES POSIBLE ESPECIFIQUE LA VACUNA HBOC, PRP-OMP, O PRP-D			
HB (AL NACER)			
HBIG (AL NACER)			
OTRO			

**2. EXENCIONES** Si un niño no puede o no debe recibir una vacuna particular, anote una de las siguientes razones en la columna de "Doctor o Clínica".

- (a) HA TENIDO LA ENFERMEDAD (adjunte la nota del médico). Para la Rubéola sólo una prueba serológica es una exención válida.
- (b) ALERGICO A \_\_\_\_\_ (especifique el producto que la causa y adjunte la nota del médico).
- (c) LOS PADRES NIEGAN EL CONSENTIMIENTO (adjunte el formulario de consentimiento de padres).

**3. CERTIFICACION DE INMUNIZACIONES PREVIAS**

Yo atestiguo mediante la presente que he visto documentación de las inmunizaciones que el niño recibió previo a su matrícula en Head Start.

Firma \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**COSTUMBRES DIETETICAS**

1. ¿CUALES SON LAS COMIDAS QUE MAS LE GUSTAN A SU NIÑO? \_\_\_\_\_

2. ¿HAY ALGUNA COMIDA QUE NO LE GUSTE A SU NIÑO? \_\_\_\_\_

PARTE I. A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE HEAD START DURANTE LA ENTREVISTA CON EL PADRE/TUTOR

		Si	No			Número Aproximado de Veces por Semana (circule los números más cercanos a las respuestas de los padres)
3.	¿ACASO SU NIÑO TOMA VITAMINAS Y SUPLEMENTOS MINERALES? (a) Si contesta "sí", ¿qué clase toma?  (b) ¿Contienen hierro? (c) ¿Contienen fluoruro? (d) ¿Fueron recetadas por el médico?			12.	¿CUAN SEGUIDO CONSUME SU NIÑO COMIDA DE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS? (a) Leche, queso, yogurt.  (b) Carne, ave, pescado, huevos; o Frijoles/guisantes secos, mantequilla de cacahuets.  (c) Arroz, sémola, pan, cereal, tortillas.  (d) Verduras, zanahorias, broccoli, calabazas de invierno, calabaza, boniato.  (e) Naranjas, toronjas, tomates (fruta/jugo).  (f) Otras frutas y verduras.  (g) Aceite, mantequilla, margarina, manteca.  (h) Tortas, galletas, bebidas gaseosas, bebidas de fruta, dulces.	0* 1* 2* 3 4 5 6 7 7+
4.	¿ACASO HAY ALGUNA COMIDA QUE SU NIÑO NO DEBE COMER POR RAZONES MEDICAS, RELIGIOSAS, O PERSONALES?	*				0* 1* 2* 3 4 5 6 7 7+
5.	¿ACASO SU NIÑO SIGUE UN REGIMEN ALIMENTICIO? (a) ¿Qué clase de régimen?	*				0* 1* 2 3 4 5 6 7 7+
6.	¿ACASO HA NOTADO UN GRAN CAMBIO EN EL APETITO E SU NIÑO DURANTE EL ULTIMO MES?	*				
7.	¿ACASO SU NIÑO TOMA BIBERON?	*				
8.	¿ACASO SU NIÑO COME O MASTICA COSAS QUE NO SON COMIDA?	*				0* 1* 2* 3 4 5 6 7 7+
9.	¿ACASO SU NIÑO TIENE DIFICULTADES AL MASTICAR O TRAGAR?	*				0* 1* 2 3 4 5 6 7 7+
10.	¿ACASO SU NIÑO TIENE A MENUDO: (a) ¿Diarrea? (b) ¿Estreñimiento?	*	*			0* 1* 2 3 4 5 6 7 7+*
11.	¿ACASO TIENE UD. ALGUNA PREOCUPACION SOBRE LO QUE SU NIÑO COME?	*				0 1 2 3 4 5 6 7 7+*

\*Las respuestas marcadas con una estrella pueden requerir seguimiento. Explique los detalles o anote comentarios adicionales aquí.

PARTE II. A SER COMPLETADA POR HEAD START, SUMINISTRADOR DE CUIDADO DE SALUD, O ESPECIALISTA EN NUTRICION.

13. CRECIMIENTO				14. SELECCION DE ANEMIA		
FECHA	EDAD	ESTATURA (sin zapatos, hasta la altura más cercana a 1/8 de pulgada).	PESO (con ropa liviana, hasta el peso más cercano a 1/4 de libra).	FECHA	HEMOGLOBINA*	O HEMOCRATICO*
	___ años ___ meses			SELECCION		
	___ años ___ meses			RESELECCION		
	___ años ___ meses			* Hgb menos de 11 o Hct menos de 34 requiere seguimiento		

15. CRITERIOS PARA REFERENCIA O MAYOR INVESTIGACION  
(Revise los números 2 a 13. Si hay preguntas en las áreas marcadas con estrella (\*), o si el crecimiento no está dentro de la escala típica, revise los cuadros apropiados abajo y consulte un especialista en nutrición o un médico.)

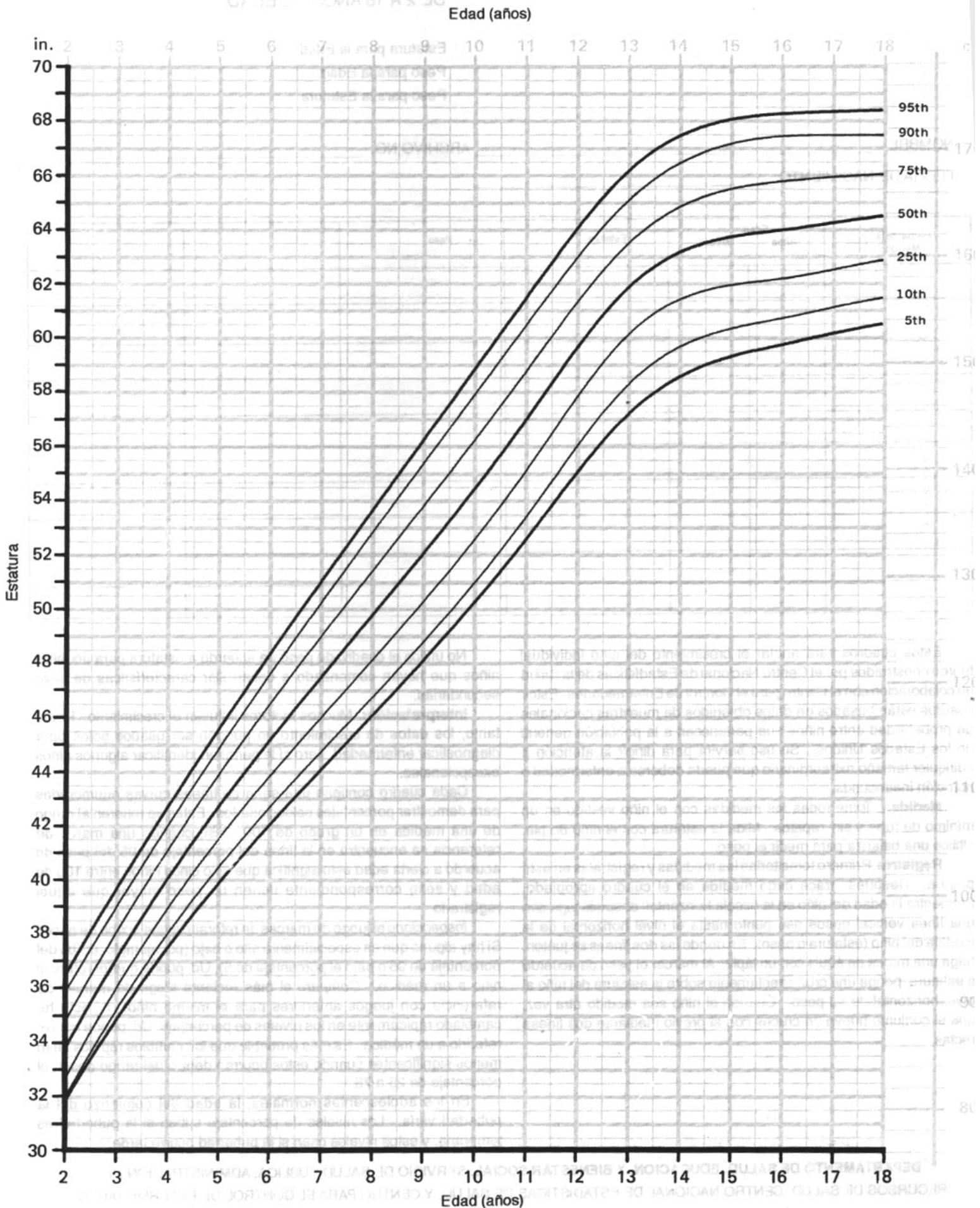
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sospecha un problema dietético o falta de alimento (de las Preguntas 2 a 12) | <input type="checkbox"/> Sobrepeso (peso mayor a lo normal, del Cuadro de Crecimiento 1 o 4)                              |
| <input type="checkbox"/> Hgb. menos de 11 gm. o Hct. menos de 34% (de la Pregunta 14)                 | <input type="checkbox"/> Baja estatura de acuerdo a la edad (estatura menor a lo típico, del Cuadro de Crecimiento 2 o 5) |
| <input type="checkbox"/> Falta de peso (peso menor a lo normal, del Cuadro de Crecimiento 1 o 4)      | <input type="checkbox"/> Peso de acuerdo a la estatura (mayor o menor a lo típico, del Cuadro de Crecimiento 3 o 6)       |

COMENTARIOS (Utilice una página adicional si es necesario)

Firma \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



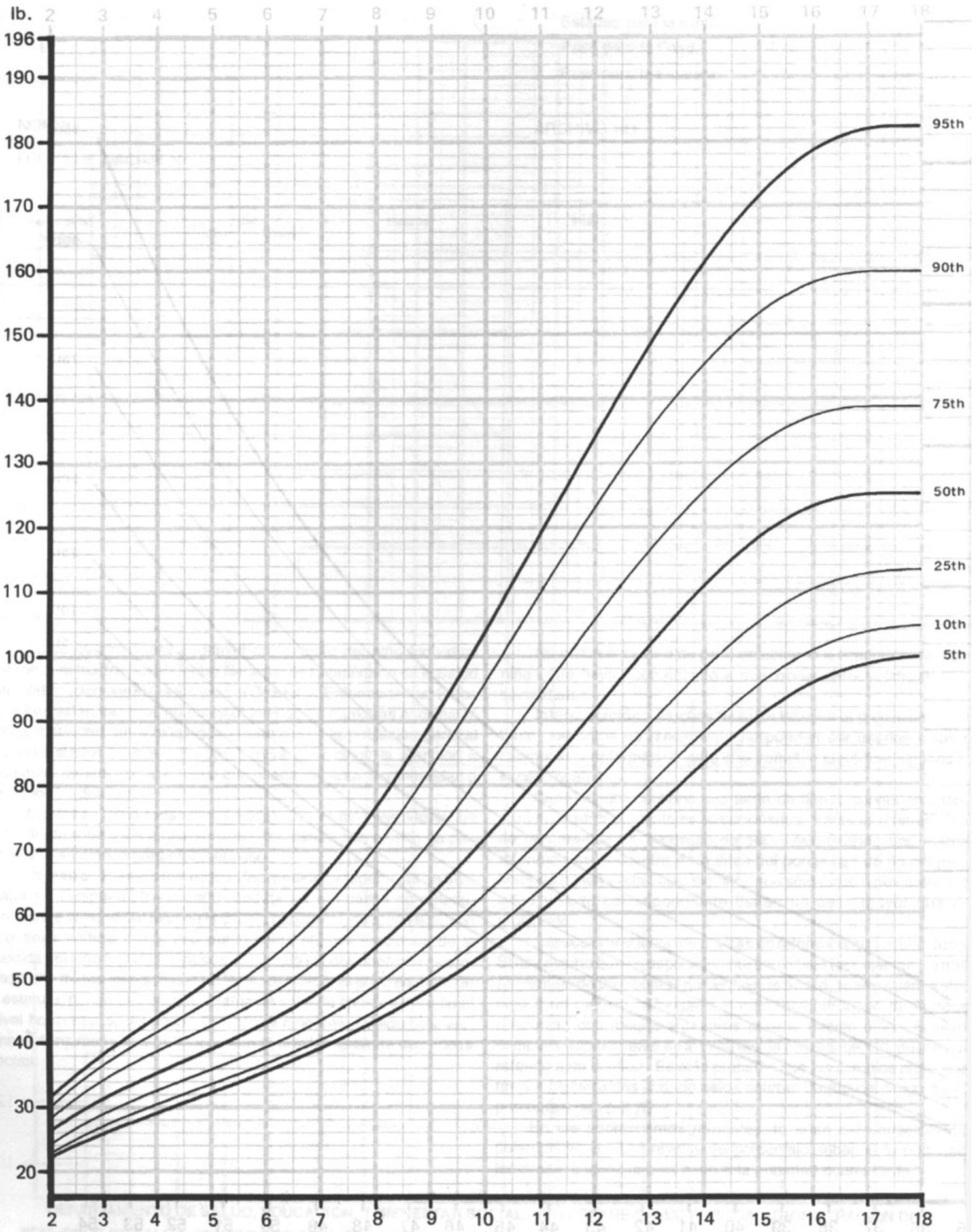
# NIÑAS DE 2 A 18 AÑOS DE EDAD CON PORCENTAJES DE REFERENCIA ESTATURA DE ACUERDO A EDAD



# NIÑAS DE 2 A 18 AÑOS DE EDAD

## PESO DE ACUERDO A EDAD

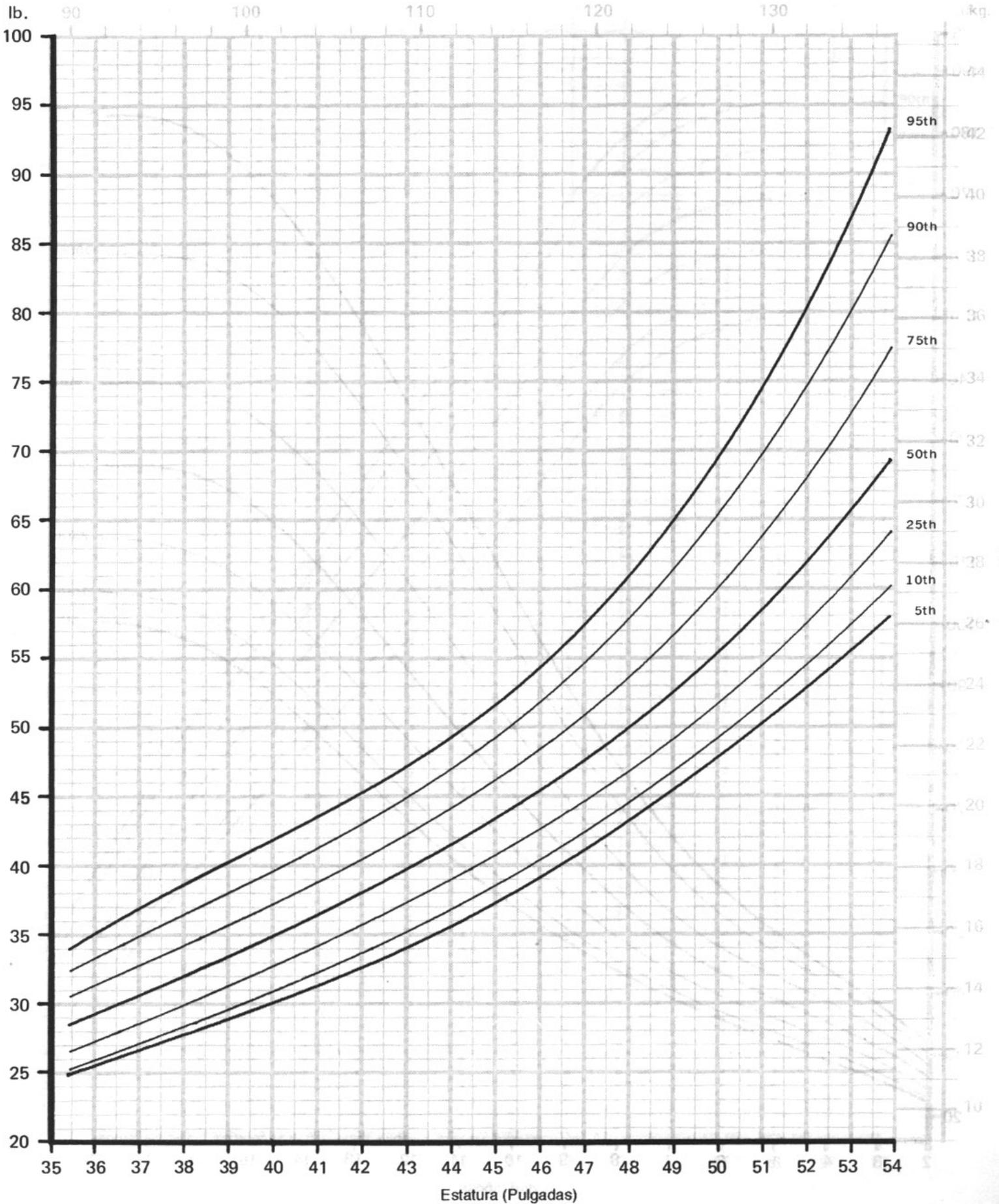
Edad (años)



# NIÑAS PRE-PUBERTAD DE 2 A 10 AÑOS DE EDAD

## PESO DE ACUERDO A ESTATURA

Estatura (cm.)



**CUADROS DE CRECIMIENTO**  
**CON PORCENTAJES DE REFERENCIA**  
**PARA NIÑAS**  
**DE 2 A 18 AÑOS DE EDAD**

Estatura para la Edad  
 Peso para la Edad  
 Peso para la Estatura

NOMBRE \_\_\_\_\_ ARCHIVO NO. \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Fecha de la Medida	Edad		Estatura	Peso		
	Años	Meses				

Estos cuadros para anotar el crecimiento del niño individual fueron contruídos por el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud en colaboración con el Centro para el Control de Enfermedades. Estos cuadros están basados en datos obtenidos de muestras nacionales de probabilidad entre niñas que pertenecen a la población general de los Estados Unidos. Su uso servirá para dirigir la atención a cualquier tamaño extraordinario que pueda deberse a enfermedad o nutrición inadecuada.

**Medida:** Tome todas las medidas con el niño vestido en un mínimo de ropa y sin zapatos. Mida la estatura con el niño de pie. Utilice una balanza para medir el peso.

**Registro:** Primero tome todas las medidas y regístrelas en esta página. Después trace cada medida en el cuadro apropiado. Encuentre la edad del niño en la escala horizontal; después siga con una línea vertical desde ese punto hasta el nivel horizontal de la medida del niño (estatura o peso). En donde las dos líneas se junten, haga una marca en équis con un lápiz. Al marcar el peso de acuerdo a estatura, ponga una cruz directamente sobre la estatura del niño al nivel horizontal de su peso. Cuando el niño sea medido otra vez, una el conjunto nuevo de cruces con el previo mediante dos líneas rectas.

No utilice el cuadro de peso de acuerdo a estatura para aquellas niñas que hayan comenzado a desarrollar características de sexo secundarias.

**Interpretación:** Muchos factores influyen el crecimiento. Por lo tanto, los datos de crecimiento no pueden ser usados solos para diagnosticar enfermedad, pero sí le permiten identificar algunos niños excepcionales.

Cada cuadro contiene una serie de líneas curvas enumeradas para demostrar porcentajes seleccionados. Estas se refieren al rango de una medida en un grupo de 100. Así, cuando una marca de referencia se encuentra en la línea del porcentaje de 95 del peso de acuerdo a cierta edad esto significa que sólo cinco niños entre 100 de edad y sexo correspondiente tienen un peso mayor que aquel registrado.

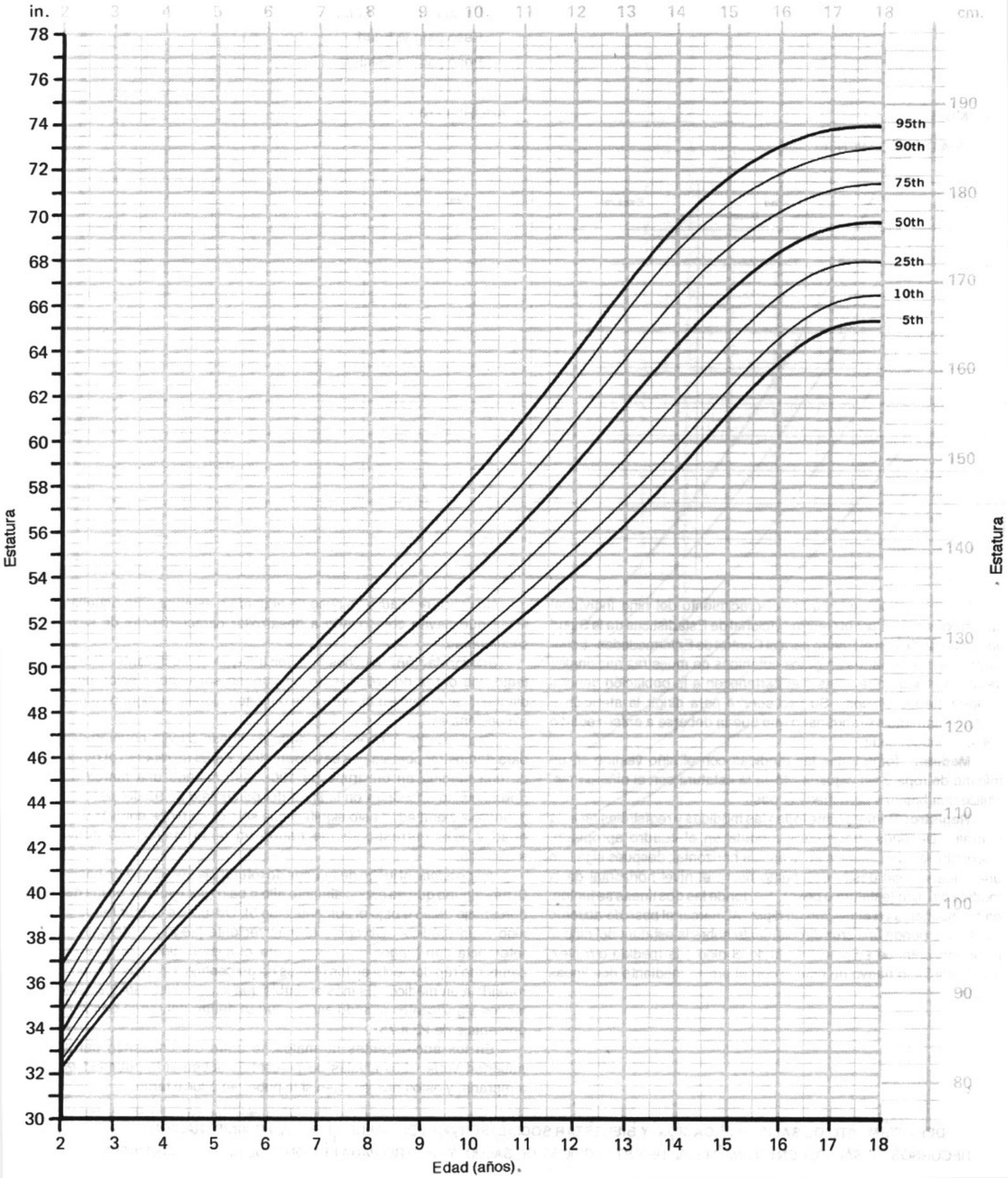
*Inspeccione* el juego de marcas de referencia que acaba de hacer. Si hay alguno que es especialmente alto o bajo (por ejemplo, arriba del porcentaje de 95 o bajo el porcentaje de 5), Ud. puede querer referir al niño a un médico. *Compare* el más reciente juego de marcas de referencia con juegos anteriores para el mismo niño. Si este ha cambiado rápidamente en los niveles de porcentaje, Ud. puede querer referirlo a un médico. Es más probable que los cambios rápidos sean menos significantes cuando estos ocurran dentro del rango desde el porcentaje de 25 a 75.

En los adolescentes normales, la edad del comienzo del la pubertad varía. Los niveles de porcentaje suben si la pubertad es temprana, y estos niveles caen si la pubertad ocurre tarde.

# NIÑOS DE 2 A 18 AÑOS DE EDAD

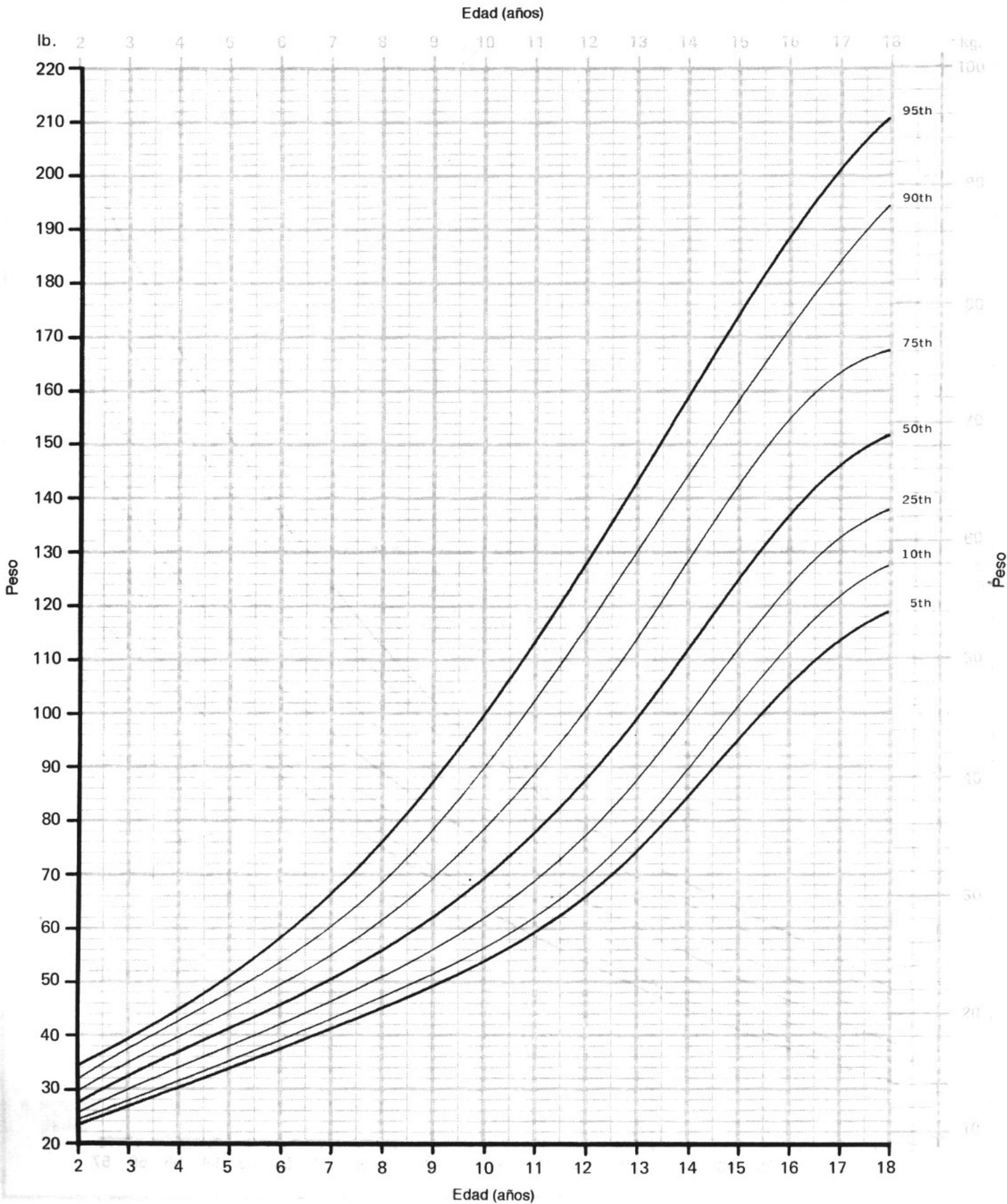
## ESTATURA DE ACUERDO A EDAD

Edad (años)



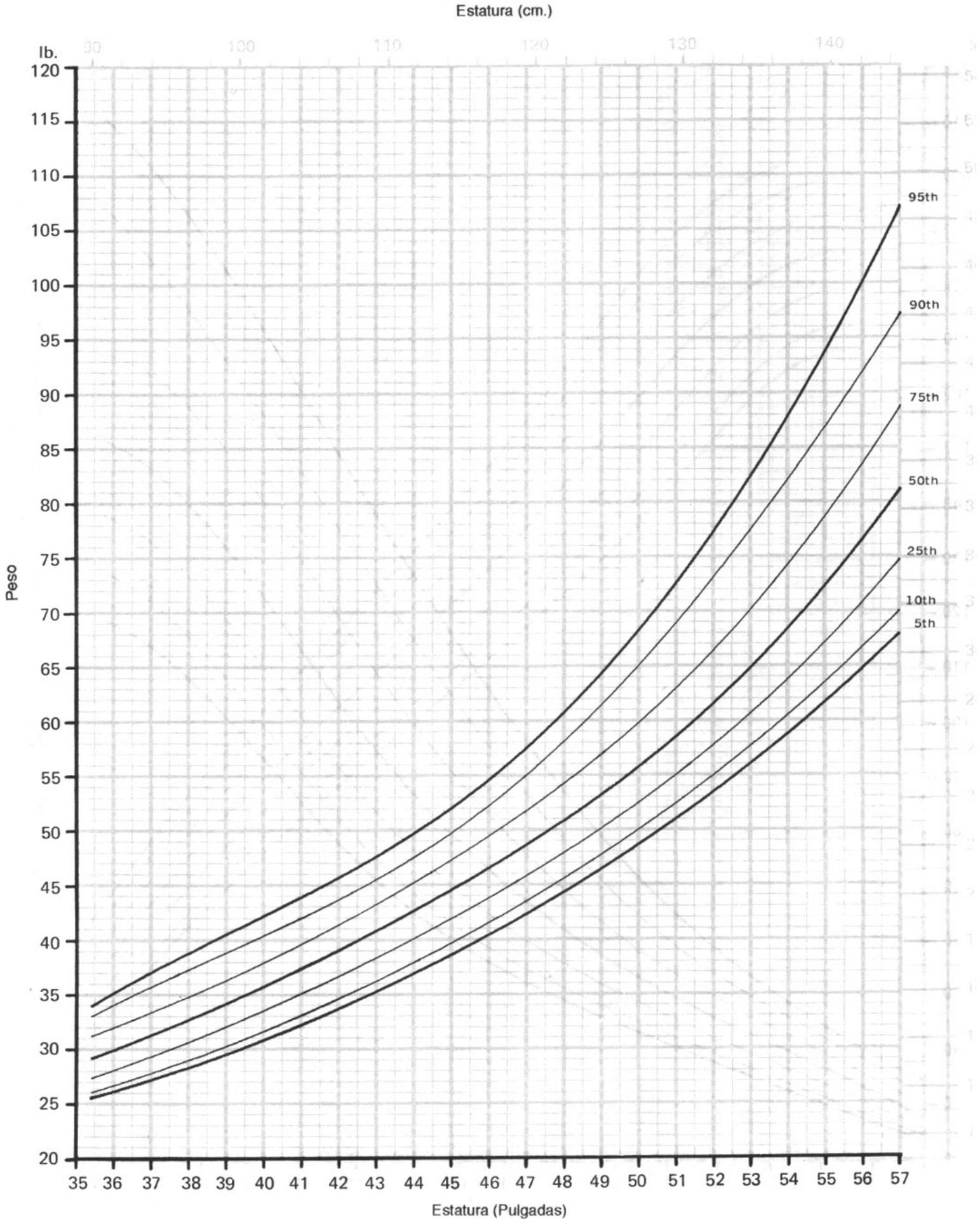
# NIÑOS DE 2 A 18 AÑOS DE EDAD

## PESO DE ACUERDO A EDAD



# NIÑOS PRE-PUBERTAD DE 2 A 11 1/2 AÑOS DE EDAD

## PESO DE ACUERDO A ESTATURA



NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MANIFESTACION GENERAL (Potencialidades, cualidades, necesidades o problemas identificados mientras el niño está matriculado en Head Start. Integre la información de las observaciones, historial de la salud, evaluación del desarrollo, y otras fuentes):

PARTE I. A SER COMPLETADA POR EL COORDINADOR O PROFESIONAL DE SALUD MENTAL

ARCHIVO PARA SEGUIR EL DESARROLLO DE LOS NINOS (Los niños de Head Start generalmente tienen sólo una evaluación del desarrollo, aunque los niños que son examinados antes de su matrícula o reevaluados pueden ser evaluados otra vez. En aquel caso, utilice columnas adicionales.)

1. METODO DE SELECCION O INSTRUMENTO UTILIZADO: \_\_\_\_\_
2. REVISION DE LA SELECCION POR PARTE DEL PERSONAL:  
(Fecha): \_\_\_\_\_
3. RESULTADOS DE LA REVISION
  - a. Ningún Problema:
  - b. Reevalúe:
  - c. Refiera el niño a una Evaluación del Desarrollo:
4. (ANTES DE LA REFERENCIA)
  - a. Examen Físico Programado (Fecha): \_\_\_\_\_
  - b. Examen Físico Completado (Fecha): \_\_\_\_\_
  - c. Resultados Recibidos \_\_\_\_\_
5. (SI HA SIDO REFERIDO)
  - a. A (Nombre del Profesional): \_\_\_\_\_
  - b. Cita Programada (Fecha): \_\_\_\_\_
  - c. Asistió a la Cita:
  - d. (Faltó a la Cita) Nueva Cita: \_\_\_\_\_
  - e. Informe Recibido (Fecha): \_\_\_\_\_
6. PLAN INDIVIDUALIZADO PARA SEGUIMIENTO ESCRITO  
(Fecha): \_\_\_\_\_

EVA. DEL DES. NO. 1	EVA. DEL DES. NO. 2	EVA. DEL DES. NO. 3
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARTE II. A SER COMPLETADO POR EL COORDINADOR DE SALUD MENTAL