



## Antecedentes de salud de Home Visitation Initiative

Nombre completo y apellido del niño (con letra de molde):		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
			Orden de nacimiento : 1 2 3 4 Otro: ( )
Domicilio:	# de depto.:	Ciudad:	Zona Postal:
Teléfono durante de día:		Teléfono alterno:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:
Hogar Medico (Domicilio y Teléfono)		Hogar Dental (Domicilio y Teléfono)	
Antecedentes obstétricos y neonatales	Número de meses de embarazo:	Especifique las complicaciones del embarazo: (si no las hubo, escriba "No hubo")	
	Mes en que comenzó el cuidado prenatal:		
	Pesto al nacer: _____ libras _____ onzas	Especifique las complicaciones neonatales: (si no las hubo, escriba "No hubo")	
	Metodo de parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesarea <input type="checkbox"/>		
<b>Antecedentes de desarrollo (Indique el mes)</b>			
Desarrollo físico:	Mes	Desarrollo personal y social:	Mes:
Empuñar	_____	Sonríe	_____
Alcanzar	_____	Se estira para alcanzar juguetes	_____
Voltearse de espalda a estómago	_____	Juega (¡Bu! Tortillas)	_____
Sentarse	_____	Bebe de una taza	_____
Empujarse o gatear	_____	Usa la cuchara sin derramar mucho	_____
Caminar	_____	Se quita la ropa	_____
Dejar de tomar pecho	_____	Se lava y seca sus manos	_____
Dejar de tomar biberón	_____	Se viste con supervisión	_____
Desarrollo de lenguaje: Mes: _____			
Balbucir _____			
Imitar sonidos (como dada, mama) _____			
Hacer sonidos específicos _____			
Enunciados de 1 a 2 palabras _____			
Enunciados de 2 a 3 palabras _____			
Preocupaciones sobre de desarrollo: _____			
Preocupaciones adicionales: _____			
<b>Antecedentes médicos y enfermedades del niño (Marque X en la casilla apropiada)</b>			
Enfermedad o condición:		Enfermedad o condición:	
Hospitalizaciones	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Problemas del habla	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Cirugías	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Resfríos frecuentes	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Alergias a medicamentos	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Infecciones de oído	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Alergias (Otras)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Garganta irritada	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Asma o silbido de pecho	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Neumonía	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de la vista	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de aprendizaje	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Enfermedad o condición:	
		Algún defecto de nacimiento	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Viruela	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Paperas	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Sarampión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Rubéola	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Tuberculosis	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Tos ferina	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "sí" por favor agregue aquí cualquier información adicional: _____			
<b>Antecedentes familiares (Marque X en la casilla apropiada y describa en el espacio designado)</b>			
Condición:		Condición:	
Alergias	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Epilepsia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Desorden hemorrágico	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Hipertensión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Drog adicción o alcoholismo	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Condición:			
Retraso mental			
Fiebre reumática			
Fumar			
Tuberculosis			
Enfermedad contagiosa			
Si la repuesta es "sí" por favor agregue aquí cualquier información adicional: _____			
<b>Antecedentes dentales (Marque X en la casilla apropiada)</b>			
¿Usa toallita de tela para limpiar las encías del bebe?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	¿Hay algún problema dental?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Cepilla los dientes de su niño?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Si la repuesta es "sí" por favor agregue aquí cualquier información adicional: _____	
¿Usa floururo o pasta dental?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Usa algún suplemento de fluoruro?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Firma de Personal:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_