



Historial de salud del menor previo al ingreso - Informe de padre de familia o representante autorizado

Nombre del menor	Género	Fecha de Nacimiento
Nombre de un padre de familia o representante autorizado		¿Vive un padre de familia o representante autorizado en casa con el niño?
Nombre de un padre de familia o representante autorizado		¿Vive un padre de familia o representante autorizado en casa con el niño?
¿Está o ha estado el menor bajo la supervisión regular de un médico?		Fecha del último examen físico o revisión médica

Historial de desarrollo *(*solo para bebés y niños en edad preescolar)*

Caminó a los* _____ meses	Comenzó a hablar a los* _____ meses	Comenzó a aprender a ir al baño solo a los* _____ meses
------------------------------	--	--

Enfermedades previas — Anote las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las enfermedades:

	Fechas		Fechas		Fechas
<input type="checkbox"/> Varicella		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomiелitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica		<input type="checkbox"/> Paperas			

Especifique cualquier otra enfermedad o accidente grave

¿El niño tiene resfriados frecuentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos tuvo el año pasado?	Anote cualquier reacción alérgica que el personal deba conocer:
--	------------------------------	---

Rutinas diarias *(*solo para bebés y niños de edad preescolar)*

¿A qué hora se levanta el niño?*	¿A qué hora se va a dormir el niño?*	¿Duerme bien el niño?*
¿El niño duerme durante el día?*	¿Cuándo?*	¿Cuánto tiempo?*
Patrón de dieta: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	Desayuno	
	Almuerzo	
	Comida/Cena	
¿Cuáles son las horas de comer habituales?	Desayuno	
	Almuerzo	
	Comida/Cena	
¿Algún alimento le disgusta?	¿Hay algún problema de alimentación?	

Nombre del menor

¿Sabe ir el niño solo o está aprendiendo a ir al baño?*

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, en qué etapa está:*

¿Tiene el niño evacuaciones intestinales regulares?*

Sí No

¿Cuál es la hora habitual?*

¿Qué palabra usa el niño para indicar una "evacuación intestinal"?*

¿Qué palabra usa el niño para indicar que quiere orinar?*

Evaluación de la salud del niño por parte de los padres o representantes autorizados

¿El niño está actualmente bajo el cuidado de un médico?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, anote el nombre del médico:

¿El niño toma medicamentos recetados?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo y efectos secundarios hay?:

¿Utiliza el niño algún dispositivo especial?:

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo?:

¿Utiliza el niño algún dispositivo especial en casa?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo?:

Evaluación de la personalidad del niño por parte de los padres o representantes autorizados

¿Cómo se lleva el niño con los padres/representantes autorizados, hermanos, hermanas y otros niños?

¿Ha tenido el niño experiencias de juego en grupo?

¿Tiene el niño algún problema/temor/necesidades especiales? (Explique.)

¿De qué consiste el plan de cuidado cuando el niño está enfermo?

¿Cuál es el motivo para solicitar cuidado infantil para el menor?

Firma de un padre de familia o representante autorizado

Fecha