

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ / HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
_____ MESES	_____ MESES	_____ MESES

ENFERMEDADES PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

☐ Varicela ☐ Asma ☐ Fiebre reumática ☐ Fiebre del heno	FECHAS	☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Tos ferina ☐ Paperas	FECHAS	☐ Poliomielitis ☐ Sarampión de 10 días (<i>Rubeola</i>) ☐ Sarampión de 3 días (<i>Rubella</i>)	FECHAS
---	--------	--	--------	---	--------

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-----------------------------------	---

RUTINA DIARIA DEL NIÑO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	
EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO			

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:
EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO			

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON JUEGOS EN GRUPO?

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------