

HISTORIA DE SALUD/ EVALUACIÓN DE FORTALEZAS Y NECESIDADES

Nombre del niño: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Edad en que el niño caminó: _____ Comenzó a hablar: _____ Comenzó a usar el baño: _____

¿Sufre el niño de una enfermedad física o mental? SI NO

Si sí, descríballo: _____

¿Está el niño en terapia? SI NO

¿Sufre el niño alguna alergia? (por ejemplo: alimentos, medicamentos, estacionales) SI NO

Si sí, por favor descríballo _____

¿Evaluación de los padres/tutores legales/padres de crianza temporal de la salud física del niño?

¿Evaluación de los padres/tutores legales/padres de crianza temporal de la personalidad general y la salud emocional del niño? _____

¿Cómo se lleva el niño con sus padres? ¿Hermanos? ¿Compañeros? _____

¿Sufre el niño de fobias o temores? _____

¿Está el niño al día con las vacunas? _____

¿Cuál es su plan alternativo cuando el niño está enfermo y no puede asistir a la guardería / escuela regular? _____

¿Tiene un sistema de apoyo (familia/amigos/compañeros de trabajo) en el que confía en momentos de necesidad? SI NO

Si sí, por favor explique: _____

¿Tiene alguna preocupación por su hijo en las siguientes áreas?

Audición

Visión

Habla/lenguaje

Aprendizaje/desarrollo cognitivo

Desarrollo físico

Conducta/Desarrollo emocional

Otro: _____

Ofrecemos referencias para ayudar con lo siguiente: (Indique qué referencias le interesan).

Asistencia de Alimentos

Vivienda

Salud/inmunizaciones/servicios dentales

Asistencia Legal

Empleo/Presupuesto

Educación para Padres/Información

Consejería de Salud Mental

Violencia Doméstica

Consejería de Abuso de Sustancias

¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar? _____

Firma del padre/Tutor Legal/Padre de Crianza

Date

Para CCCC USO SOLAMENTE--- Referencias Dadas: _____