

CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT'S REPORT

CHILD'S NAME	SEX	BIRTH DATE
FATHER'S NAME	DOES FATHER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
MOTHER'S NAME	DOES MOTHER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
IS /HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN?	DATE OF LAST PHYSICAL/MEDICAL EXAMINATION	

DEVELOPMENTAL HISTORY (*For infants and preschool-age children only)

WALKED AT*	BEGAN TALKING AT*	TOILET TRAINING STARTED AT*
MONTHS	MONTHS	MONTHS

PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:

	DATES		DATES		DATES
<input type="checkbox"/> Chicken Pox		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	
<input type="checkbox"/> Asthma		<input type="checkbox"/> Epilepsy		<input type="checkbox"/> Ten-Day Measles (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever		<input type="checkbox"/> Whooping cough		<input type="checkbox"/> Three-Day Measles (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Hay Fever		<input type="checkbox"/> Mumps			

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HOW MANY IN LAST YEAR?	LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF
--	------------------------	---

DAILY ROUTINES (*For infants and preschool-age children only)

WHAT TIME DOES CHILD GET UP?*	WHAT TIME DOES CHILD GO TO BED?*	DOES CHILD SLEEP WELL?*
DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY?*	WHEN?*	HOW LONG?*
DIET PATTERN: (What does child usually eat for these meals?)	BREAKFAST LUNCH DINNER	WHAT ARE USUAL EATING HOURS? BREAKFAST _____ LUNCH _____ DINNER _____

ANY FOOD DISLIKES?	ANY EATING PROBLEMS?		
IS CHILD TOILET TRAINED?*	IF YES, AT WHAT STAGE?*	ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?*	WHAT IS USUAL TIME?*
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT"*	WORD USED FOR URINATION*		

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S HEALTH

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE?	IF YES, NAME OF DOCTOR:	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)?	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S)?	IF YES, WHAT KIND:	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME?	IF YES, WHAT KIND:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENTS, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN?

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES?

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.)

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL?

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT

PARENT'S SIGNATURE	DATE
--------------------	------

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTABA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?		FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO

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

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	MESES	EMPEZO A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*	MESES
-------------------------	-------	------------------------	-------	---	-------

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

FECHAS	FECHAS	FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Poliomielitis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Paperas	

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? SI NO ¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES? _____ ANOTE CUALQUIER ALERGIAS DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

RUTINA DIARIA *(Estrictamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?	¿DUERME BIEN EL NIÑO?
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?	CUANDO?	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)		DESAYUNO _____
DESAYUNO _____		ALMUERZO _____
ALMUERZO _____		CENA _____
CENA _____		

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER? _____ ¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION? _____

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO? SI NO SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ? _____ ¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES? SI NO ¿CUAL ES LA HORA USUAL? _____

¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES? _____ ¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA? _____

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR: _____	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS: _____
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE: _____	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE: _____

EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS? _____

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO? _____

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE) _____

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO? _____

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS _____

FRMA DEL PADRE/MADRE _____ FECHA _____