

**DOÑA ANA COUNTY HEAD START
CHILD DEVELOPMENTAL HEALTH HISTORY**



CHILD'S NAME: _____ DOB: ____ / ____ / ____ CENTER: _____

Does child currently take any medication? YES NO Type: _____ Frequency? _____

PRIMARY HEALTH COVERAGE

MEDICAID ELIGIBILITY
<input type="checkbox"/> On Medicaid
<input type="checkbox"/> Not Eligible
<input type="checkbox"/> Potential Eligible

DOCTOR INFORMATION
Name: _____
Phone: _____
Address: _____

OTHER HEALTH COVERAGE

MEDICAID NUMBER

DENTIST INFORMATION
Name: _____
Phone: _____
Address: _____

Has your child had any of the following conditions?
Check all that apply.

A	CONDITION	YES	NO	CONDITION	YES	NO	CONDITION	YES	NO
1	Allergies			18	German Measles		35	Polio	
2	Anemia			19	Hearing Problems		36	Problems with Urinating	
3	Asthma			20	Heart Disease		37	Rheumatic Fever	
4	Cancer			21	Hemophilia		38	Rotavirus	
5	Chicken Pox			22	Hepatitis B		39	Scarlet Fever	
6	Cleft Palate			23	Hepatitis A		40	Serious Accident	
7	Depression			24	High Fever		41	Serious Illness	
8	Diabetes			25	HIV-AIDS		42	Seizures	
9	Diarrhea/Vomiting			26	Impetigo		43	Sickle Cell Disease	
10	Ear Aches/Infections			27	Jaundice		44	Speech Problems	
11	Eczema/Skin Problems			28	Kidney Trouble		45	Stomach Pain	
12	Encephalitis			29	Liver Disease		46	Surgery/Hospitalization	
13	Epilepsy			30	Measles		47	Tuberculosis	
14	Fainting			31	Meningitis		48	Uncontrollable Anger	
15	Frequent Colds			32	Mononucleosis		49	Vision Problems	
16	Frequent Cough			33	Mumps		50	Whooping Cough	
17	Frequent Sore Throat			34	Muscular Dystrophy				

B	DEVELOPMENTAL DISABILITY	YES	NO
1	Does child have any suspected or diagnosed developmental delays or disabilities?		
2	Does child require any special appliances, such as braces, shoes, wheel chair, or other equipment?		
3	Do you think your child has any trouble hearing?		
4	Do you think he/she has any trouble talking or being understood?		
5	Do you think your child has trouble seeing?		
6	Does he/she have trouble doing things with his/her hands? (Holding a cup, coloring, etc.)		
7	Does your child have any trouble walking, running, etc?		
8	Has your child received svcs from Tresco, M.E.C.A, Aprendamos or Early Head Start?		

C	ORAL HEALTH	YES	NO
1	Does child use fluoridated toothpaste when brushing? *		
2	Does parent help child brush his/her teeth? How often? *		
3	Does child have any untreated dental decay?		
4	Does child ever complain of mouth or tooth pain?		
5	Does child use a bottle or take a bottle to bed? How often?		
6	Does child snack on sweets or soda pop? How often?		

Please explain any "YES" answers from above except for questions with an asterisks(*) symbol:

D	PREGNANCY AND BIRTH	YES	NO
1	Did you have any illnesses during your pregnancy?		
2	Did you have any accidents during your pregnancy?		
3	Did you have any problems during your child's birth?		
4	Did you carry your child for a full nine months? *		
5	Where was your child born?		
6	How much did he/she weigh at birth? _____ lbs. _____ oz.		
7	Did your child have trouble starting to breathe?		
8	Was your child treated for any medical problems after birth?		
9	Did your child go home with you when you left the hospital? *		
10	Are you pregnant now? *		
11	Were alcohol or drugs used during pregnancy?		
12	Did you smoke cigarettes during pregnancy?		

E	INFANCY (BIRTH TO 2 YEARS OLD)	YES	NO
1	Did your child experience any serious medical problems (including illnesses, surgeries, etc.) during his/her first 2 years of life?		
2	Who took care of your child during the first 2 years?		

F	TODDLER (2 TO 4 YEARS OLD)	YES	NO
1	As a toddler, has your child had any problems eating?		
2	As a toddler, has he/she had any sleep problems?		
3	Does your child sleep alone? *		
4	What time does your child go to bed? _____ Wake Up? _____		
5	Does he/she take a nap? *		
6	Does child sleep through the night? *		
7	Does your child have frequent nightmares?		
8	Between ages 2 and 4 did your child have any serious medical problems? (i.e. surgeries, major illnesses, etc.)		
9	Is your child toilet trained?		
10	Will your child allow teaching staff to change their pull-up or soiled clothing? (if needed)		
11	We use gloves during any changing of soiled clothing - does your child have any allergies to latex?		
12	What are the signs prior to your child using the bathroom?		
12a	Is there any other information in regards to toileting we need to be aware of? If yes, please explain:		
12b	What word does he/she use for urination?		
12c	What word does he/she use for bowel movement?		
13	Has your child been in daycare or go to a babysitter?		

Please explain any "YES" answers from above except for questions with an asterisks(*) symbol:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

(This information will remain confidential)

FOR TEACHER USE ONLY	
I verify that I have reviewed this health history form and have taken any needed actions regarding this child: e.g.(Not limited to, but includes actions such as preparing a toileting plan or contacting the Health Specialist regarding any illnesses or allergies).	
Teacher's Signature _____	Date _____

ENTERED INTO CHILDPLUS
BY: _____
Date: ____ / ____ / ____

DOÑA ANA COUNTY HEAD START
Historia del Desarrollo de Salud del Niño



NOMBRE DEL NIÑO: _____ **DOB:** ___/___/___ **CENTRO:** _____

¿Al corriente, toma el niño algún medicamento? ___ SI ___ NO **¿Tipo?** _____ **¿Frecuencia?** _____

ASEGURANZA MEDICA PRIMARIA

MEDICAID
<input type="checkbox"/> En Medicaid
<input type="checkbox"/> No es Elegible
<input type="checkbox"/> Posible Elegible

INFORMACIÓN DEL DOCTOR
Nombre:
Telef:
Dirección:

OTRA COBERTURA MEDICA

NUMERO DE MEDICAID

INFORMACIÓN DEL DENTISTA
Nombre:
Telef:
Dirección:

¿A tenido el niño alguna de las siguientes condiciones?

Marcar los que aplican.

A	CONDICIONES	SI	NO
1	Alergias		
2	Anemia		
3	Asthma		
4	Cáncer		
5	Varicela		
6	Paladar abierto		
7	Depresión		
8	Diabetes		
9	Diarrea/Vómitos		
10	Dolor de oído/infección		
11	Poliomielitis		
12	Encefalitis		
13	Epilepsia		
14	Desmayos		
15	Frecuentes Resfrios		
16	Tos Frecuente		
17	Dolor-Garganta Frecuente		

	CONDICIONES	SI	NO
18	Sarampión Alemán		
19	Problemas del Oído		
20	Enfermedad del Corazon		
21	Hemofilia		
22	Hepatitis B		
23	Hepatitis A		
24	Fiebre alta		
25	SIDA		
26	Impetigo		
27	Ictericia		
28	Problemas con los riñones		
29	Enfermedad del Hígado		
30	Sarampión		
31	Meningitis		
32	Mononucleosis		
33	Paperas		
34	Distrofia muscular		

	CONDICIONES	SI	NO
35	Polio		
36	Problemas con Orinarse		
37	Fiebre Reumática		
38	Rotavirus		
39	Fiebre Escarlatina		
40	Accidentes Serios		
41	Enfermedades Serias		
42	Ataques		
43	Enfermedad-Célula Sickle		
44	Problemas para hablar		
45	Dolor de Estomago		
46	Cirugía o Hospitalización		
47	Tuberculosis		
48	Enojo incontrolable		
49	Problemas de la Vista		
50	Tos Ferina		

B	INCAPACIDAD DEL DESARROLLO	SI	NO
1	¿Tiene el niño alguna sospecha o diagnóstico de retraso en el desarrollo o incapacidades?		
2	¿Requiere el niño algún aparato especial, como abrazaderas, zapatos, silla de ruedas o otro equipo?		
3	¿Usted piensa que su niño/a tiene problemas para oír?		
4	¿Piensa usted que el/ella tiene algun problema hablando o siendo entendido/a?		
5	¿Piensa que tiene problemas con la vista?		
6	¿Tiene problemas para hacer cosas con sus manos? (detener una taza, colorear, etc.)		
7	¿Tiene problemas para caminar, correr, etc?		
8	¿Su niño (a) recibe servicios de Tresco, M.E.C.A., Aprendamos, or Early Head Start?		

C	SALUD ORAL	SI	NO
1	¿Usa el niño pasta con fluoruro al cepillarse? *		
2	¿Ayudan los padres al niño a cepillarse sus dientes? ¿Que tan frecuente? *		
3	¿Tiene el niño caries dental que no se a tratado?		
4	¿Se a quejado el niño alguna vez de dolor en la boca o de dientes?		
5	¿Usa el niño biberon o lo acuesta con biberón? ¿Que tan frecuente?		
6	¿Toma el niño soda o dulces en meriendas? ¿Que tan frecuente?		

Favor de explicar las respuestas "SI" de arriba excepto *:

D EMBARAZO Y PARTO		SI	NO
1	¿Tuvo alguna enfermedad durante su embarazo?		
2	¿Tuvo algunos accidentes durante su embarazo?		
3	¿Tuvo algún problema durante el parto?		
4	¿Fue un embarazo de nueve meses? *		
5	¿Dónde nació su niño/a?		
6	¿Cuánto pesó al nacer? _____ lbs. _____ oz.		
7	¿Tuvo problemas su bebé para empezar a respirar?		
8	¿Fue tratado para algún problema médico al nacer?		
9	Cuando usted salió del hospital, ¿se llevó a su bebé con usted? *		
10	¿Está embarazada, actualmente? *		
11	¿Usó alcohol o drogas durante su embarazo?		
12	¿Fumó cigarrillos durante el embarazo? *		

E ETAPA DEL NACIMIENTO A 2 AÑOS DE EDAD		SI	NO
1	Durante los primeros dos años de vida, ¿experimentó su niño/a problemas médicos serios? (enfermedades, operaciones, etc.)		
2	¿Quién estuvo al cuidado de su niño/a durante los primeros 2 años de vida?		

F ETAPA DE 2 A 4 AÑOS DE EDAD		SI	NO
1	Durante ésta etapa ¿tuvo problemas su niño/a para comer?		
2	¿Tuvo problemas el/ella para dormir?		
3	¿Duerme solo/a? *		
4	¿A qué horas se acuesta su niño/a? _____ ¿y despierta? _____		
5	¿Toma el/ella una siesta? *		
6	¿Duerme el niño durante toda la noche? *		
7	¿Tiene su niño pesadillas?		
8	Durante la edad de 2 y 4 años tuvo algún problema médico que fue serio? (enfermedades, operaciones, etc.)		
9	¿Sabe su niño como usar el baño solo?		
10	¿Les permitirá su niño al personal de enseñanza a cambiar su pullup o ropa manchada? (si es necesario)		
11	Nosotros usamos guantes durante cualquier ropa manchada. ¿Tiene su niño alguna alergia al latex?		
12	¿Cuáles son los indicadores de su niño antes de utilizar el baño?		
12a	¿Tiene usted alguna otra información o preocupación sobre los pañales desechables que usted quiera compartir con nosotros?		
12b	¿Qué palabra usa cuando va a orinar?		
12c	¿Qué palabra usa cuando va a tener un movimiento del intestino?		
13	¿Ha estado en guardería o al cuidado de una niñera?		

Favor de explicar las respuestas "SI" de arriba excepto *:

Firma de Padres/Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

(Esta información se mantendrá confidencial)

FOR TEACHER USE ONLY	
I verify that I have reviewed this health history form and have taken any needed actions regarding this child: e.g.(Not limited to, but includes actions such as preparing a toileting plan or contacting the Health Specialist regarding any illnesses or allergies).	
Teacher's Signature _____	Date _____

ENTERED INTO CHILDPPLUS
BY _____
Date ____/____/____