



Doña Ana County Head Start Child Health History

Child's name: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Center: _____

Primary Health Coverage

☐ Medicaid ☐ Private Health Insurance ☐ Uninsured

Name of health insurance provider: _____

Health Insurance Policy Number: _____

Is your child on WIC? ☐ Yes ☐ No

Does your child need medication administered at school? ☐ Yes ☐ No

Does your child have any of the following conditions? Check all that apply

Condition	Yes	No
Asthma		
Seizures		
Diabetes		
Life-threatening allergies		
Anemia		

If you answered yes to any of the conditions listed in the table, please explain: _____

Please list any other medical conditions (including minor ones) that your child has: _____

Has your child received medical care for diagnosed condition/s? ☐ Yes ☐ No

Developmental Disability

Condition	Yes	No
Any diagnosed/suspected developmental delays or disabilities		
Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)		
Hearing problems		
Speech problems		
Vision problems		
Trouble with movement		
Does your child require any special appliances, such as braces, shoes, wheelchair, or other equipment?		
Trouble using his/her hands		

If you answered yes to any of the conditions listed in the table, please explain:

Has your child received svcs from Tresco, M.E.C.A., Aprendamos or Early Head Start? ☐ Yes ☐ No

Oral Health

	Yes	No	If yes, how often?
Does your child use fluoridated toothpaste when brushing?			
Do you help your child brush his/her teeth?			

Toilet-Training

	Yes	No
Is your child toilet trained?		
Does your child have any allergies to latex?		
Has your child been in daycare or gone to a babysitter?		

What are the signs prior to your child using the bathroom? _____

What word does your child use for urination? _____

What word does your child use for a bowel movement? _____

What size pull-up does your child wear? (if not potty trained) _____

***Head Start will keep all the above information confidential.**

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

Entered into ChildPlus

Name:

Date:



Doña Ana County Head Start Historial de salud infantil

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Centro: _____

Cobertura Primaria de Salud

☐ Medicaid ☐ Seguro privado ☐ Sin seguro

Nombre del proveedor de seguro de salud: _____

Número de póliza de seguro médico: _____

¿Está su hijo en WIC? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo necesita medicamentos administrados en la escuela? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones? Marque todo lo que corresponda

Condiciones	Si	No
Asthma		
Ataques		
Diabetes		
Alergias que amenazan la vida		
Anemia		

Si respondió afirmativamente a alguna de las condiciones enumeradas en la tabla, explique: _____

Enumere cualquier otra afección médica (incluidas las menores) que tenga su hijo: _____

¿Ha recibido su hijo atención médica por la(s) condición(es) diagnosticada(s)? ☐ Si ☐ No

La discapacidad del desarrollo

Condiciones	Si	No
Cualquier retraso en el desarrollo o discapacidades diagnosticadas/sospechadas		
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)		
Problemas de oír		
Problemas del habla		
Problemas de la vista		
Problemas con el movimiento		
¿Su hijo necesita algún aparato especial, como aparatos ortopédicos, zapatos, silla de ruedas u otro equipo?		
Problemas para usar sus manos		

Si respondió afirmativamente a alguna de las condiciones enumeradas en la tabla, explique:

¿Ha recibido su hijo servicios de Tresco, M.E.C.A., Aprendamos o Early Head Start? ☐ Si ☐ No

Salud bucal

	Si	No	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?
¿Su hijo usa pasta de dientes con flúor al cepillarse los dientes?			
¿Ayuda a su hijo a cepillarse los dientes?			

Baño de entrenamiento

	Si	No
¿Está su hijo entrenado para ir al baño?		
¿Su hijo tiene alguna alergia al látex?		
¿Ha estado su hijo en la guardería o ha ido a una niñera?		

¿Cuáles son las señales antes de que su hijo use el baño? _____

¿Qué palabra usa su hijo para orinar? _____

¿Qué palabra usa su hijo para hacer popo? _____

¿Qué talla de pull-up usa tu hijo? (si no está entrenado para ir al baño) _____

***Head Start mantendrá confidencial toda la información anterior.**

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Entered into ChildPlus

Name:

Date: