



Registro de Evaluación de Salud para la Primera Infancia de Connecticut

Para el padre/madre o tutor:

A fin de brindar la mejor experiencia, los proveedores para la primera infancia deben comprender las necesidades de salud de su hijo. Este formulario solicita información de usted (Parte 1) que será también útil para el proveedor de cuidado de la salud cuando él o ella completen la evaluación de salud (Parte II). Las leyes del estado exigen una inmunización primaria completa y una evaluación de la salud hecha por un profesional de la medicina certificado legalmente, una enfermera registrada de práctica avanzada, un asistente médico o asesor médico escolar antes de ingresar a un programa para la primera infancia en Connecticut.

Letra de imprenta por favor

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo
Dirección (Calle y N°)	Teléfono de la casa		
(Ciudad y código postal)	Programa de primera infancia	Número de programa	
Padre/madre/tutor (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	
Número de Medicaid*	Compañía de seguro de salud/número*		

* Si corresponde

Si su hijo no cuenta con un seguro de salud, llame a 1-877-CT-HUSKY

Parte I – a ser completada por el padre/madre

Importante: Complete la Parte I antes de que su hijo sea examinado.

Lleve este formulario con usted al consultorio de su proveedor de cuidado de la salud.

Por favor tilde las respuestas a las siguientes preguntas en las columnas de la izquierda.
 (Explique todas las respuestas que ha contestado “sí” en el espacio que aparece abajo.)

- | | Sí | No | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna inquietud acerca de la salud general de su hijo (hábitos de sueño y de alimentación, peso, dientes, etc.)? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna inquietud acerca del desarrollo o el comportamiento de su hijo? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene su hijo alguna alergia (alimentos, insectos, medicación, etc.)? |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Toma su hijo alguna medicación (diariamente u ocasionalmente)? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene su hijo algún problema con la visión, la audición o el habla (anteojos, lentes de contacto, audífono, prótesis auditiva)? |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido su hijo alguna hospitalización, operación o enfermedad importante (especifique el problema)? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido su hijo alguna lesión o accidente significativos (especifique el problema)? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está recibiendo su hijo algún servicio especial? |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene su hijo alguna otra enfermedad o problemas específicos? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le gustaría hablar sobre algún aspecto de la salud de su hijo con el proveedor de cuidado o asesor de salud infantil? |

(Por favor explique cualquier respuesta que ha contestado “sí”. Para enfermedades/lesiones/etc. incluya el año y/o la edad de su hijo al momento.)

Concedo autorización para liberar información en este formulario para su uso confidencial a fin de cubrir las necesidades de salud de mi hijo y las necesidades educativas en el programa de la primera infancia.

 Firma del padre/madre/tutor
 Mantener en el Registro de Salud del Niño

 Fecha