

CCN Child Health Team

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL/DE LA NIÑO/A

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Condado: _____
Fecha de hoy: _____ Persona que completa el cuestionario: _____
Idioma principal: _____ Su relación con el niño/la niña: _____

1. Sí No ¿Está su hijo/a en una dieta especial?
Por favor, explique: _____
2. Sí No ¿Requiere su hijo/a técnicas especiales para dar a comer o tiene dificultades con comer (como atragantar, toser, vomitar, o estar despacio para comer)?
Por favor, explique: _____
3. Sí No ¿Ha tenido su hijo/a problemas neurologicos (como convulsiones/epilepsia, debilidad muscular, hidrocefalia o parálisis cerebral)?
Por favor, explique: _____
4. Sí No ¿Tiene su hijo/a algún problema ortopédico (como el escoliosis, deformidad del mano/del pie, dislocación de la cadera)?
Por favor, explique: _____
5. Sí No ¿Tiene su hijo/a un largo historial de enfermo crónico (como el diabetes, el asma o un problema con los riñones)?
Por favor, explique: _____
6. Sí No ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado, ha tenido cirugía, o ha tenido una herida grave?
Por favor, explique: _____
7. Sí No ¿Tiene su hijo/a un problema con el oído o usa un aparato auditivo?
Por favor, explique: _____
8. Sí No ¿Tiene su hijo/a un problema con la visión o usa lentes?
Por favor, explique: _____
9. Sí No ¿Usa su hijo/a equipo adaptivo como una silla de ruedas, un stander propenso, o soportes?
Por favor, explique: _____
10. Sí No ¿Necesita su hijo/a tratamientos diarios de salud (como alimentación con gastrostomía, caterización)?
Por favor, explique: _____
11. Sí No Anote las medicinas que tome su hijo/a: _____

¿Qué más piensa que necesite saber el doctor sobre su hijo/a? _____