

Razón por la visita: _____

¿Tiene algunas preguntas para el doctor hoy? *Si No* Favor de apuntar su(s) pregunta(s): _____

1. Medicamentos Actuales: Favor de anotar todas las medicinas que el doctor de su hijo(a) le ha recetado. También incluya las medicinas que usted compra sin receta médica (aspirina, vitaminas):

_____ Ninguna _____ No hay cambios desde la última cita

Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. ¿Tiene preguntas sobre los medicamentos que toma su niño (a)? *Sí o No.*

3. ¿Tiene su niño(a) alergias? *Sí o No.* ¿A que es alérgico(a)? _____

4. Anote cualquier cirugía que haya tenido su hijo(a):

Fecha/Date	Cirugía/Surgery	Cirujano/Surgeon
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. ¿Desde la última consulta, han pasado cambios drásticos? (*Significant changes*) *Sí o No.*

Si es así, favor de describir _____

6. ¿Desde la última consulta se a hecho algún estudio de laboratorio? (*Labs*) *Sí o No.*

Si es así, favor apuntar _____

7. **Vacunas/Immunizations:** ¿Están al día? *Sí o No.* ¿Trae la carta de vacunas hoy? *Sí o No.*

8. Favor de anotar otros especialistas que su hijo(a) esta mirando: _____

9. ¿Tiene su niño un trabajador social que lo visita en la casa y ayuda con servicios sociales? *Sí o No.*

10. ¿Esta en la escuela o en la guardería? *Sí o No.* ¿Dónde? _____

Grado: _____

11. ¿Le preocupa algo del desarrollo de su niño(a) en las siguientes categorías?

Desarrollo físico _____ Lenguaje _____ Social (comportamiento) _____

12. ¿Recibe su niño(a) terapia de lenguaje, física u ocupacional? *Sí o No.*

¿Dónde? _____ ¿Cual(es)? _____

13. ¿Le preocupa algo del estado emocional de su hijo(a) (depresión, baja auto-estima, se pasa mucho tiempo solo(a), otros niños se burlan de el/ella), etc.? *Si No* Por favor de describir: _____



14. ¿Le preocupa algún aspecto del aprendizaje de su hijo(a) o esta teniendo problemas en la escuela? *Si No*
Favor de describir: _____
15. ¿Hay tradiciones religiosas o culturales que nosotros debemos saber para determinar el tratamiento de su hijo?

Historia familia:

¿Hay alguna condición médica que afecte a varios miembros de la familia materna o paterna? Si es así, por favor anótelas abajo. ¿Alguien en la familia padece de problemas parecidos a los del paciente? ¿Alguien de la familia sufre convulsiones, epilepsia, migrañas, problemas musculares, retraso mental o problemas mentales?
 _____ Ninguna _____ No hay cambios desde la última cita

Parentesco	Condición	Edad si es que vive	Que edad tenia cuando murió

Historia familiar:

¿Quién es el pediatra del niño? (*primary caregiver*) _____
 ¿Qué otra persona se encarga del cuidado del niño? _____
 ¿Quién más vive en hogar? (*lives in the home*) _____

¿Necesita ayuda con el siguiente?:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Ropa | <input type="checkbox"/> Conociendo otras familias con situaciones similares |
| <input type="checkbox"/> Comida/ Vivienda | <input type="checkbox"/> Información sobre otros programas en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela | <input type="checkbox"/> Consejería (para el niño, usted, de pareja, familiar) |
| <input type="checkbox"/> Estampillas para comida | <input type="checkbox"/> Medicaid/seguro médico |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Documentos para la escuela |

¿Tiene algunas preocupaciones sobre su niño(a) en las siguientes categorías?:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Disciplina |
| <input type="checkbox"/> Comiendo | <input type="checkbox"/> Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Controlando el dolor | <input type="checkbox"/> Alcohol / Drogas / Cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> Controlando coraje (su niño(a), usted, su pareja, otra persona en la familia) | |

Otra(s) preocupación(es): _____

Persona llenando la hoja: _____ Fecha: _____

Relación: _____

Reviewed by: _____	Time/Date: _____
____ No referral needs identified at this time	Referred to: _____
_____ RN Signature:	_____ Time/Date: