

# Información de Salud del Niño/a

El niño/a ha recibido (actualmente o en el pasado) tratamiento para cualquier problema emocional o psicológico? Los problemas pueden incluir pero no limitarse a ansiedad, depresión, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, TDAH y autismo.

☐ Sí  
☐ No  
☐ No lo sé  
((Usted proveerá detalles abajo.))

El niño/a ha tomado algún medicamento (con o sin prescripción) en las últimas dos semanas?

☐ Sí  
☐ No  
☐ No lo sé  
((Usted proveerá detalles abajo.))

**Por favor indique todos los tratamientos y/o evaluaciones actuales o pasados que el niño ha recibido por cualquier problema emocional o psicológico.**

Tratamiento 1  
Problema: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
(Indique mes y año.)

Tratamiento 2  
Problema: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
(Indique mes y año.)

Tratamiento 3  
Problema: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 4

Problema:

\_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 5

Problema:

\_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 6

Problema:

\_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 7

Problema:

\_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 8

Problema:

---

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

---

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 9

Problema:

---

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

---

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

Tratamiento 10

Problema:

---

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

---

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(Indique mes y año.)

---

**Por favor indique todos los medicamentos que el niño/a ha tomado en las últimas dos semanas.**

## Medicamento 1

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 2

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 3

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 4

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 5

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 6

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 7

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 8

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 9

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---

---

Medicamento 10

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_

Razón para tomar el medicamento:

---