

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:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos
que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 3

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en
blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en
blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos
que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos
que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 4

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en
blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en
blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos
que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos
que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 5

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 6

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 7

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 8

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 9

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tratamiento 10

Problema:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

((Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de inicio:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

Fecha de finalización:

((Indique mes y año. Si no hay más tratamientos que reportar, deje en blanco.))

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

Medicamento 1

Nombre del medicamento:

Razón para tomar el medicamento:

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

☐ Sí
☐ No

Medicamento 2

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

- ☐ Sí
☐ No
((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))
-

Medicamento 3

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

- ☐ Sí
☐ No
((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))
-

Medicamento 4

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

- ☐ Sí
☐ No
((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))
-

Medicamento 5

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

- ☐ Sí
☐ No
((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Medicamento 6

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

☐ Sí☐ No

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Medicamento 7

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

☐ Sí☐ No

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Medicamento 8

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

☐ Sí☐ No

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Medicamento 9

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

- ☐ Sí
☐ No

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Medicamento 10

Nombre del medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Razón para tomar el medicamento:

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))

Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas?

- ☐ Sí
☐ No

((Si no hay más medicamentos que reportar, deje en blanco.))