

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
☐ Prefiero no responder
((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
☐ Prefiero no responder
((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; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 2 Problema: _____ Tipo de tratamiento y/o medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ (Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____ (Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 3
Problema: _____

Tipo de tratamiento y/o medicamento: _____

Fecha de inicio: _____
(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____
(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 4
Problema: _____

Tipo de tratamiento y/o medicamento: _____

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 5

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 6

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 7

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 8

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 9

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 10

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Por favor indique todos los medicamentos (con o sin prescripción) 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:
