



## Wilson Area School Health

**Forest Hills Middle School**  
1210 Forest Hills Road NW  
Wilson, NC 27893  
252-360-0769

**Fike High School**  
500 Harrison Drive  
Wilson, NC 27893  
252-206-1571

**Beddingfield High School**  
4510 Old Stantonsburg Road  
Wilson, NC 27893  
252-399-7752

**Hunt High School**  
4559 Lamm Road  
Wilson, NC 27893  
252-294-1655

Estimados Padres:

Los centros de salud escolar del área de Wilson (W.A.S.H.) brindan atención médica accesible a los estudiantes de las Escuelas del Condado de Wilson. Abogamos por la salud de los niños y abordamos una amplia gama de necesidades. La meta para el W.A.S.H. centros es ayudar a los estudiantes a tener éxito en la escuela mediante la promoción de estilos de vida saludables y proporcionando atención médica integral para satisfacer las necesidades de todos los estudiantes. Estamos ubicados en (4) de las escuela del condado de Wilson. La clínica de la escuela secundaria Forest Hills está abierta de 8 a. m. a 4 p. m. La clínica en Beddingfield, Fike y Hunt están abiertas de 7:30 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. El personal incluye una Enfermera registrada, un proveedor de práctica avanzada (APP) y un coordinador de oficina. Proporcionamos inmunizaciones, exámenes físicos para deportes, visitas por enfermedad, visitas de bienestar y más.

A los estudiantes con seguro médico o Medicaid se les pedirá que proporcionen información para permitir la facturación de gastos médicos. A los estudiantes sin cobertura de seguro se les facturará en una escala móvil de acuerdo con su hogar ingresos y número de personas en el hogar. Comuníquese con nuestra oficina para analizar las fuentes de ingresos. El W.A.S.H. centro puede facturar a la mayoría de los seguros comerciales y Medicaid. Ningún estudiante enfermo con un formulario de consentimiento firmado será rechazado por falta de pago o falta de seguro.

Si desea aprovechar este beneficio, complete este paquete. **Todas las páginas deben completarse para que su estudiante sea visto en las clínicas de WASH.**

**IMPORTANTE: Si ya completó un paquete WASH para su hijo durante el último año escolar, POR FAVOR LEA LAS DOS PRÓXIMAS DECLARACIONES.**

- Si **NO ha habido CAMBIOS** en el historial médico o el seguro médico de su hijo, **NO** necesita completar otro paquete WASH. Firme y feche a continuación y devuelva esta página a la oficina de su la escuela del niño
- Si **HA HABIDO CAMBIOS** en el historial médico o el seguro médico de su hijo, por favor complete un nuevo paquete WASH. Entregue el paquete en la oficina de la escuela de su hijo.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame al (252) 360-0769. Todos los mensajes de la clínica se revisan periódicamente. Deje solo 1 mensaje de voz y le devolveremos la llamada. Agradecemos su interés y apoyo a los centros de W.A.S.H.

Gracias,  
W.A.S.H. Personal

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTE**

Al completar este formulario, doy mi consentimiento por adelantado para que mi hijo tenga acceso a todos los servicios disponibles del programa de salud escolar del área de Wilson, siempre y cuando mi hijo permanezca inscrito en las escuelas del condado de Wilson. Los servicios incluyen diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, exámenes físicos para deportes, inmunizaciones, pruebas de laboratorio; exámenes de salud preventivos; educación para la salud; consejería de nutrición y referencias según sea necesario. Los servicios prestados pueden incluir servicios médicos remotos.

**LOS ESTUDIANTES DEBEN PEDIR PERMISO PARA SER VISTO POR SALUD ESCOLAR DEL ÁREA DE WILSON.**

|   |                     |                |               |
|---|---------------------|----------------|---------------|
| <hr/>   | <hr/>               | <hr/>          | <hr/>         |
| Apellido del Estudiante   | Primero             | Segundo Nombre | Escuela       |
| <hr/>   | <hr/>               | <hr/>          | <hr/>         |
| Dirección del Estudiante  | Ciudad              | Estado         | Código Postal |
| <hr/>   | <hr/>               | <hr/>          | <hr/>         |
| Seguro Social (OBLIGATORIO)   | Fecha de Nacimiento | Edad           | Grado         |
| <hr/>   | <hr/>               | <hr/>          | <hr/>         |
| <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Pacífico Islander |                     |                |               |
| <b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano  |                     |                |               |

|                                    |                |                    |               |
|------------------------------------|----------------|--------------------|---------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR</b> |                |                    |               |
| Madre/Tutor: <hr/>                 |                |                    |               |
| <hr/>                              | <hr/>          | <hr/>              | <hr/>         |
| Apellido                           | Nombre Primero | Nombre de Soltera  |               |
| <hr/>                              | <hr/>          | <hr/>              | <hr/>         |
| Dirección                          | Ciudad         | Estado             | Código Postal |
| <hr/>                              | <hr/>          | <hr/>              | <hr/>         |
| Teléfono de Casa                   | Móvil /Trabajo | Correo Electrónico |               |

|                    |                |                    |               |
|--------------------|----------------|--------------------|---------------|
| Padre/Tutor: <hr/> |                |                    |               |
| <hr/>              | <hr/>          | <hr/>              | <hr/>         |
| Apellido           | Nombre Primero | Segundo Nombre     |               |
| <hr/>              | <hr/>          | <hr/>              | <hr/>         |
| Dirección          | Ciudad         | Estado             | Código Postal |
| <hr/>              | <hr/>          | <hr/>              | <hr/>         |
| Teléfono de Casa   | Móvil /Trabajo | Correo Electrónico |               |

En situaciones de emergencia que requieran atención, el personal de Salud Escolar del Área de Wilson se comunicará con el Sistema Médico de Emergencia para transportar al estudiante al centro médico apropiado para su evaluación y tratamiento. En caso de una emergencia, ¿a quién podemos contactar además de los padres o tutores?

**ENUMERE DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA, NÚMERO DE TELÉFONO y RELACIÓN.**

1.) Nombre: 

---

 Teléfono #: 

---

 Relación: 

---

2.) Nombre: 

---

 Teléfono #: 

---

 Relación: 

---

|  |  |                             |  |
|--|--|-----------------------------|--|
| <b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>  |  |                             |  |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Sin Seguro  |  |                             |  |
| Nombre de la Compañía de Seguros: <hr/>  |  | # de Póliza: <hr/>          |  |
|  |  | Grupo #: <hr/>              |  |
| Tipo de Medicaid: <input type="checkbox"/> Ameritas <input type="checkbox"/> United Health Care <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Well Care |  |                             |  |
| Número de Medicaid: <hr/>  |  | Número de Suscriptor: <hr/> |  |

|  |  |
|--|--|
| ¿Quién es el medico de su hijo? <hr/>  |  |
| Nombre de la farmacia preferida/Ubicación/Número de teléfono: <hr/>  |  |
| ¿Su hijo ha tenido un examen físico en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Fecha del último examen físico: <hr/> |  |

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## EL CENTRO DE SALUD ESCOLAR DEL CONDADO DE WILSON AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ESTAMOS REQUERIDOS POR LEY PARA PROTEGER LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED.

Cada vez que visita un hospital, médico o proveedor de atención médica, se crea un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención o tratamiento en el futuro. Esta información, a menudo denominada registro médico o de salud, sirve como:

Base para planificar su atención y tratamiento

• Medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención

• Documento legal que describe la atención que recibe

• Los medios por los cuales usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados realmente se proporcionaron. Una herramienta para educar a los profesionales de la salud.

• Una fuente de datos para la investigación médica.

• Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación

• Una fuente de datos para la planificación y el marketing de instalaciones

• Una herramienta que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y los resultados que logramos Comprender qué hay en su registro y cómo se usa su información de salud para ayudarlo a garantizar su precisión, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde, y por qué otros pueden acceder a su información para que pueda tomar decisiones más informadas al autorizar divulgaciones a otros.

### Sus derechos de información de salud

Aunque su expediente médico es propiedad física del proveedor de atención médica o del centro que lo compiló, la información le pertenece a usted. Tiene derecho a:

• Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información

• Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud

• Solicitar la comunicación de su información de salud por medios o lugares alternativos

• Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud excepto en la medida en que ya se haya tomado la acción.

### Nuestras Responsabilidades

Esta organización (Centro de Salud Escolar del Condado de Wilson) está obligada a:

● Mantener la privacidad de su información de salud

● Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que colectamos y mantenemos acerca de usted

● Cumplir con los términos de este aviso

● Notificarle si no se pudo aceptar la solicitud de restricción

● Proporcionarle la solicitud razonable que usted pueda tener para comunicar la información de salud por medios o lugares alternativos.

### Ejemplos de Divulgaciones en funcionamientos de servicio de tratamiento, pago y salud

● Utilizaremos su información de salud para el tratamiento

● Utilizaremos su información de salud para el pago

● Utilizaremos su información de salud para asuntos administrativos de salud

Socios Comerciales: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. cuando estos servicios son contratados, podemos divulgarles su información de salud para que puedan proporcionar el servicio que les hemos pedido que hagan y facturarle a su tercero pagador por los servicios prestados. Todos los estándares de confidencialidad están bajo el Departamento de Salud del Condado de Wilson. Notificación: podemos divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención, su ubicación y estado general. Comunicación con la familia: Los profesionales de la salud, utilizando su mejor criterio, pueden revelar a un miembro de la familia, otro pariente, personal cercano amigo o cualquier otra persona que identifique, información de salud relevante a la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, producto/defectos del producto o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada, reparación o reemplazo del producto. Salud pública: según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud o a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. Cumplimiento de la ley: podemos divulgar información de salud para fines de cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. La ley federal establece disposiciones para que su información de salud se divulgue a una agencia de supervisión de salud apropiada, autoridad de salud pública o abogado, siempre que un miembro de la fuerza laboral o un socio comercial crea de buena fe que nos hemos involucrado en una conducta ilegal o han violado los estándares profesionales o clínicos y están potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o en el público. Si tiene alguna pregunta sobre estas Prácticas de privacidad, puede comunicarse con el Oficial de privacidad al (252)-237-3141.

He leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Escolar del Condado de Wilson.

Madre/Padre/Guardian Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Wilson Area School Health

### HIPAA/FERPA

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

HIPAA/FERPA: Todos los estudiantes tienen problemas de salud que deben manejarse de manera confidencial. Wilson Area School Health compartirá información confidencial solo en las siguientes situaciones:

- con el consentimiento por escrito de los padres
- cuando es educativamente relevante para el progreso académico de un estudiante.
- cuando sea necesario para abordar las posibles necesidades de atención médica de un estudiante.
- para garantizar la seguridad del estudiante, otros estudiantes y el personal de la escuela
- otras situaciones especificadas por la ley

Por ejemplo, el personal de salud escolar del área de Wilson puede hablar sobre los medicamentos del estudiante y otras cuestiones de salud. necesidades de atención con el miembro del personal apropiado que administrará el medicamento del estudiante y brindará atención a el estudiante mientras el estudiante está en la escuela.

Yo, el abajo firmante,

- dar permiso y consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento a través y por la escuela del Wilson Area School Health. Entiendo la naturaleza de este tratamiento, la forma en que se proporciona y los detalles y limitaciones del componente de telemedicina/visita remota al consultorio de los servicios ofrecidos.
- dar permiso a Wilson Area School Health para recibir información de la escuela sobre mi historial de salud del niño.
- reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (disponible en nuestro sitio web en [www.wilsoncountync.gov/departments/health-department](http://www.wilsoncountync.gov/departments/health-department) o en Wilson Area School Health centros ubicados en las escuelas de Forest Hills Middle, Beddingfield, Fike y Hunt.
- aceptar divulgar todos los registros relacionados con este tratamiento al proveedor de atención primaria.
- acepto que seré responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento y que proporcionar cualquier información de seguro según lo solicitado. Todos los costos y cargos no cubiertos por el seguro serán mi responsabilidad.
- como padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente. I:
  - autorizar la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de seguros para pago de beneficios al Departamento de Salud Escolar del Área de Wilson/Departamento de Salud del condado de wilson.
  - autorizar el pago de beneficios a Salud Escolar del Área de Wilson/Salud del Condado de Wilson Departamento por servicios prestados.
  - haber proporcionado detalles de todas las pólizas de seguro que cubren a mi hijo.

La información anterior y en las páginas anteriores es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del estudiante: (si es mayor de 18 años) \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor legal: **IMPRIMIR** \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: **FIRMA** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o comida?  Sí  No

Si es así por favor lista: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo tomando algún medicamento actualmente?  Sí  No

Si es así por favor lista: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado durante la noche?  Sí  No

Edad/motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES MÉDICOS A DISTANCIA

• Entiendo que un examen médico remoto es una visita al consultorio con una enfermera registrada en la habitación con el alumno. La enfermera practicante familiar se encuentra en un lugar diferente. La visita se realiza vía equipo electrónico que permite a la enfermera practicante brindar servicios de atención médica y comunicarse con la enfermera y el estudiante.

• Entiendo que esta consulta no será lo mismo que una visita directa del paciente/proveedor de atención médica, ya que no estar en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.

• Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.

• Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo mismo podemos descontinuar el examen/visita remota si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

• Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a exámenes médicos a distancia. Como siempre, su compañía de seguros tendrá acceso a sus registros médicos para revisión/auditoría de calidad.

• Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi asistencia médica remota. examen.

• Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de exámenes médicos remotos en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuros. Puedo revocar mi consentimiento oral o por escrito en cualquier momento poniéndose en contacto con Salud Escolar del Área de Wilson. Mientras este consentimiento sea vigente (no ha sido revocado) Wilson Area School Health puede proporcionarme servicios de salud electrónicamente sin necesidad de que yo firme otro formulario de consentimiento.

**Doy mi consentimiento** para los exámenes médicos a distancia.

**No doy mi consentimiento** para exámenes médicos remotos.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**SI HA COMPLETADO ESTE FORMULARIO DE HISTORIA ANTERIORMENTE,  
NO ESTÁS YOU OBLIGADO HACERLO OTRA VEZ**

Wilson Area School Health

**Cuestionario de historial inicial del Programa de Salud Infantil de Carolina del Norte**

|  |                      |   |
|--|----------------------|---|
| <b>NC Child Health Program-Cuestionario de Historial Medico</b>  |                      |   |
| Nombre del Paciente:   | Fecha de nacimiento: | Sexo: (círcule)<br>Masculino Femenino   |
| Persona que lleno el Formulario:   | Fecha Completado:    | Relacion con el Paciente:   |
| <b>HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER</b>   |                      | <b>HISTORIAL DEL HOGAR</b>  |
| ¿Es el niño/a adoptado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si<br>Peso al nacer: _____ libras _____ onzas   |                      | Mencione a todos los que vivan en el hogar del niño/a, y las relaciones/el parentesco con el niño/a y sus edades:   |
| ¿Él bebe nació a tiempo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ semanas   |                      |   |
| ¿El parto fue <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea ¿Si tuvo Cesárea , porque razón?   |                      |   |
| ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o al nacer él bebe?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si respondió Si, explique:  |                      | ¿Hay hermanos/as que no fueron mencionados? Si es me, escribe sus nombres, edades y donde viven:  |
| Durante el embarazo, la mama:<br>¿Uso tabaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tomo bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si<br>¿Uso drogas u otros medicamentos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuáles?: |                      | ¿Con quién vive el niño/a?<br>Esta en custodia: <input type="checkbox"/> con ambos padres <input type="checkbox"/> con solos padre o madre <input type="checkbox"/> |
| ¿Uso vitaminas prenatales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuando?:   |                      | Vive con una familia asignada por ley (Foster Care)   |
| ¿Tuvo algunos problemas o necesidad de que él bebe se quedara en la unidad de cuidados intensivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si<br>Si respondió Si, explique:  |                      | Si uno o ambos padres no viven en casa, ¿con que frecuencia ve el niño/a al padre/madre que no está en la casa?   |
| La alimentación inicial para su bebé fue: <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Leche Materna<br>¿Cuánto tiempo amamantó a su bebé?:   |                      | ¿Usan tabaco en su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si   |
| ¿Su bebé se fue a casa con usted el mismo día? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si<br>Si no, explique:   |                      | ¿Quién(es)? _____   |
| <b>HISTORIAL DE LA SALUD DEL NINO/A</b>  |                      | <b>HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLOGICA</b>   |
| ¿Alguna vez, su niño/a ha tenido/ha sido:  |                      | Hay alguien en la <b>familia del niño/a</b> (padres, abuelos, hermanos/as) que haya tenido: _____ ¿Quién?   |
| Hospitalizado  | No Si                |   |
| Lesiones graves/huesos rotos   | No Si                |   |
| Cirugías   | No Si                |   |
| Alergias a Medicamentos/ u Otras   | No Si                |   |
| Varicela (año): _____  | No Si                |   |
| Infecciones de oído frecuentes   | No Si                | Pérdida auditiva infantil No Sí _____   |
| Problemas de visión/audición   | No Si                | Alergias nasales No Sí _____  |
| Alergias nasales   | No Si                | Asma No Sí _____  |
| Asma/problemas pulmonares  | No Si                | Tuberculosis (TB)/Riesgos de Tuberculosis No Sí _____   |
| Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis   | No Si                | Problemas pulmonares No Sí _____  |
| Cualquier problema cardíaco/soplo  | No Si                | Enfermedad cardíaca No Sí _____   |
| Anemia/células falciformes   | No Si                | Presión arterial alta/accidente cerebrovascular No Sí _____   |
| Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos   | No Si                | Colesterol alto/ Medicamentos para el colesterol No Sí _____  |
| Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA  | No Si                | Anemia/células falciformes No Sí _____  |
| Cáncer   | No Si                | Problemas de sangrado No Sí _____   |
| Dolores de estómago/estreñimiento  | No Si                | Caries dental (caries) No Sí _____  |
| Infecciones de la vejiga/enfermedad renal  | No Si                | Cáncer No Sí _____  |
| Defecto de Nacimiento  | No Si                | Enfermedad hepática/hepatitis No Sí _____   |
| Trastornos Metabólicos/Genéticos   | No Si                | Enfermedad renal No Sí _____  |
| Problemas para Dormir/Ronquera/Orinarse en la Cama   | No Si                | Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre) No Sí _____  |
| Problemas Crónicas de la Piel/Eczema   | No Si                | Obesidad No Sí _____  |
| Dolores de cabeza frecuentes   | No Si                | Convulsiones/Epilepsia No Sí _____  |
| Convulsiones/problemas neurológicos  | No Si                |   |
| Obesidad   | No Si                |   |
| Diabetes   | No Si                |   |

|  |    |    |                                       |             |
|--|----|----|---------------------------------------|-------------|
| Tiroides/Problemas Endocrino           | No | Si | Abuso de alcohol                      | No Sí _____ |
| Alta Presión Sanguínea                 | No | Si | Abuso de drogas                       | No Sí _____ |
| Uso de Alcohol o Drogas /Uso de Tabaco | No | Si | Enfermedad mental/depresión           | No Sí _____ |
| Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión | No | Si | Retraso en el desarrollo/discapacidad | No Sí _____ |
| Retraso en el Desarrollo/Discapacitado | No | Si | Problemas inmunológicos/VIH/SIDA      | No Sí _____ |
| Caries Dentales                        | No | Si | Otros antecedentes familiares:        | No Sí _____ |
| Historial de Violencia Familiar/Abuso  | No | Si |                                       |             |
| Infecciones de Transmisión/Embarazo    | No | Si |                                       |             |
| Nivel alto de plomo                    | No | Si | Additional Comments:                  |             |
| Otras: _____                           | No | Si |                                       |             |

Revisado -May 2021