|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee**  **Expediente médico del niño** |

| **Apellido:** | | |  | | | | | **Nombre:** | | | |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fec. de Nac.** | |  | | | **No. de SS** | |  | | | | **Sexo** | |  | | | **Raza** |  | |
| **Nombre del padre** | | | |  | | | | | | **Nombre de la madre** | | | |  | | | | |
| **Dirección** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ciudad** |  | | | | | **Estado** | | |  | | | | | | ***Código postal*** | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VACUNAS** | | | |
| ¿Las vacunas están al día? | Sí  No | ¿Hay una copia disponible del registro de vacunas? | Sí  No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MÉDICO** | | | | |
| Nombre del proveedor médico |  | Fecha del último examen físico |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SALUD MENTAL** | | | | | | | | | | | |
| ¿El niño ha recibido tratamiento u hospitalizado por enfermedades mentales o pensamientos/intentos de suicidio? | | | | | | | | | | Sí  No | |
| En caso afirmativo, indique fechas y hospitales | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ¿El niño tiene un historial actual o pasado de abuso de drogas o alcohol? | | | | | | | | Sí  No | | | |
| En caso afirmativo, por favor explique (¿Qué? ¿Cuándo?) | | | | | |  | | | | | |
| ¿Recibió tratamiento? | Sí  No | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, por favor explique (¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?) | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Evaluación de riesgo de TB Fecha/Resultados | | | |  | | | | | | | |
| y/o  TB (PPD)  No está en riesgo  Riesgo bajo Fecha/Resultados | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Necesidades especiales o discapacidades** | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Problemas médicos actuales** | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Medicamentos actuales** | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comentarios** |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del médico/NP/PA |  | | | | | |
|  | |  | | |  |  | |
| Firma del médico/NP/PA |  | | Fecha |  | | |