|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 |       |